федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

по направлению подготовки (специальности)

31.05.01 Лечебное дело

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности)

31.05.01Лечебное дело,

одобренной утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

(протокол № 9 от « 30 » апреля 2021 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-1 способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

ПК-3 способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных.

ПК-4 Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.2. Способность соблюдать моральные и правовые основы в профессиональном общении с коллегами и пациентами;  Инд.ОПК1.3. Способность соблюдать интересы пациента, принцип профессиональной конфиденциальности |
| ПК-3 Способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных. | Инд.ПК3.1. Готовность к сбору жалоб пациента, истории его заболевания и жизни. |
| Инд.ПК3.2. Готовность к проведению полного физикального обследования пациента. |
| Инд.ПК3.3. Готовность к проведению полного лабораторно-инструментального обследования пациента. |
| Инд.ПК3.4. Готовность анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента. |
| ПК-4 Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) | Инд.ПК4.1. Готовность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов и синдромов заболеваний. |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Темы рефератов (IV семестр – 1,2 модули):**

1.Суточное мониторирование АД

2. Холтеровское мониторирование

3. Чрезпищеводная стимуляция сердца

4. Велоэргометрия

5. Эхокардиоскопия

6. УЗИ внутренних органов

7. Рентгенологическое исследование желудка и кишечника

8. Фиброгастродуоденоскопия

9. Рентгенография органов грудной клетки

10. Фибробронхоскопия

11. Желудочное зондирование

12. Беззондовое исследование желудочного сока

13. Дуоденальное зондирование

14. рН – метрия желудочная

15. Внутривенная урография

16. Проба Зимницкого, проба на разведение и проба на концентрацию

17. Проведение и оценка результатов функциональных нагрузочных проб по Штанге-Генча.

Примечание: написать показания, противопоказания к методу и методику проведения, указать особенности и ценность методики

**Темы рефератов (V семестр – 3 модуль):**

18. Абсцесс легкого.

19. Бронхоэктатическая болезнь.

20. Плевриты (сухие и экссудативные).

21. Рак легких.

22. Миокардиты и миокардиодистрофии (неревматические). Общие представления.

23. Энтериты.

24. Колиты.

25. Желчно-каменная болезнь.

26. Холециститы.

27. Мочекаменная болезнь.

28. Хронический миелолейкоз.

29. Хронический лимфолейкоз.

30. Понятие о надпочечниковой дисфункции.

31. Ангионевротический отек.

32. Крапивница.

33. Суставной синдром.

34. Ревматоидный артрит (общие представления).

35. Общие представления о сахарном диабете.

36. Гиповитаминозы, авитаминозы.

**Перечень общеврачебных навыков и умений**

1. Методический расспрос больного.
2. Расспрос легочного больного.
3. Расспрос сердечного больного.
4. Общий осмотр.
5. Поверхностная пальпация живота
6. Пальпация слепой кишки
7. Пальпация сигмовидной кишки
8. Пальпация поперечно-ободочной кишки
9. Пальпация нисходящей кишки
10. Пальпация восходящей кишки
11. Пальпация печени
12. Пальпация селезенки
13. Пальпация почек
14. Точечная пальпация, пальпация мочеточниковых точек
15. Пальпация грудной клетки, ее задачи.
16. Пальпация верхушечного толчка
17. Пальпация сердечного толчка
18. Пальпация щитовидной железы
19. Пальпация лимфатических узлов
20. Пальпация желудка
21. Осмотр и пальпация суставов
22. Симптом Пастернацкого
23. Осмотр и пальпация грудной клетки
24. «Кошачье мурлыканье», пальпация его видов
25. Сравнительная перкуссия легких спереди
26. Сравнительная перкуссия легких сзади
27. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких спереди
28. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких сзади
29. Определение полей Кренига
30. Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии
31. Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии
32. Определение нижней границы легких по лопаточной линии
33. Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии
34. Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости
35. Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости
36. Определение ширины сосудистого пучка
37. Определение поперечника сердца
38. Определение абсолютной сердечной тупости
39. Определение первого размера печени по Курлову
40. Перкуссия селезенки
41. Перкуторное определение жидкости в брюшной полости
42. Перкуссия печени по Курлову
43. Перкуторное определение размеров поперечника сердца
44. Перкуссия абсолютной сердечной тупости
45. Аускультация сердца
46. Измерение АД, пальпация пульса
47. Аускультация легких
48. Сбор материала для лабораторных исследований при соматической патологии у пациента: крови, мочи, кала, мокроты, костного мозга, плевральной жидкости.
49. Оценка результатов анализов: общего анализа крови, анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддис-Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому, копрограммы;
50. Оценка результатов анализов: биохимических анализов крови при соматических заболеваниях:

- ревматоидный комплекс (общий белок, белковые фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба);

- почечный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевина, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину,

электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор);

- печеночный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин,общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба,тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ);

- кислотно-основного состояния крови;

- сахара крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи,

1. Оценка результатов анализов: общего анализа мокроты, плевральной жидкости.
2. Оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.
3. Подготовка пациента к рентгенологическому и ультразвуковому обследованию органов желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.
4. Проведение желудочного и дуоденального зондирования.
5. Оценка результатов анализов: чтение и трактовка результатов анализа желудочного и дуоденального содержимого.
6. Техника записи ЭКГ в 12 отведениях.
7. Расшифровка ЭКГ.
8. Оценка функции внешнего дыхания.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины:**

**Модуль 1** *Непосредственные методы исследования в пропедевтической практике*

**Тема 1** *Знакомство с клиникой. Основные отечественные терапевтические школы. Вопросы медицинской этики и деонтологии. Порядок и пути госпитализации. Структура терапевтического отделения. Уход за больными. Режим дня. Схема истории болезни. Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней. Расспрос легочного больного, основные жалобы и их патогенез: кашель, отделение мокроты, боли в грудной клетке, одышка, удушье, кровохарканье, изменение голоса.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* тесты.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Перечислите составные части расспроса.
2. Перечислите основные терапевтические школы, направления их деятельности.
3. Что такое этика.

Вариант 2

1. Перечислите основные разделы схемы истории болезни.
2. Что включает в себя анамнез жизни пациента.
3. Что такое деонтология.

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

1. Определение, цель и задачи предмета пропедевтика внутренних болезней.
2. Деление клиники внутренних болезней на пропедевтическую, факультетскую и госпитальную.
3. Понятие симптома, методы выявления симптомов заболеваний внутренних органов.
4. Понятие нозологической формы и принципы формулировки диагноза.
5. Перечислите основные терапевтические школы?
6. Задачи пропедевтической терапевтической школы?
7. Терапевтическая школа Г.А. Захарьина.
8. Терапевтическая школа С.П. Боткина.
9. Задачи пропедевтической терапевтической школы?
10. Что такое диагностика, ее составные части?
11. Что такое семиотика (семиология), синдром?
12. Что такое диагноз?
13. Какова структура терапевтического отделения? Режим дня в отделении?
14. Порядок госпитализации терапевтических больных?
15. Соблюдение этических норм в лечебном учреждении.
16. Медицинская этика и деонтология.
17. Правила поведения медицинского работника по отношению к пациенту, нормы взаимоотношений между медицинским работником и родственниками пациентов, между коллегами в медицинском коллективе.
18. Какие методы исследования больного существуют?
19. Основные разделы схемы истории болезни.
20. Диагностическое значение расспроса и его составных частей: паспортные данные, жалобы, история заболевания и жизни.

**Ситуационные задачи по теме практического занятия:**

1. Больной М, 54 года находится на лечении в стационаре, по поводу опухоли в легком. Медицинская сестра, выполнявшая назначения врача, во время очередной манипуляции, сказала пациенту, что его состояние безнадежно и лечение не принесет никаких результатов, возможно у него разовьется рак легкого. Что, согласно, принципам медицинской этике могла сказать медицинская сестра?
2. В приёмное отделение поступил больной Т., 80 лет с инсультом. Состояние пациента тяжелое, находится в глубоком сопоре. Но в госпитализации в реанимационное отделение было отказано. Родственники больного были сильно возмущенны и потребовали объяснения дежурного врача. Своё решение он мотивировал тем, что он не хочет тратить своё время напрасно, так как пациент пожилой и прогноз его заболевания неблагоприятный, а в любой момент может поступить молодой больной, у которого больше вероятность благоприятного исхода. Какова правильная тактика врача?
3. У женщины температура 39,7 С, позвонила вызвать бригаду скорой медицинской помощи. На её просьбу приехать, ей посоветовали пить таблетки. Женщина сказала, что является инвалидом 2 группы, страдает эпилепсией и у неё постепенно ухудшается состояние, на что диспетчер нагрубил женщине, попросил не беспокоить их по пустякам и положил трубку. На повторный звонок никто не ответил. Какова правильная тактика диспетчера?

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Методический расспрос больного
2. Расспрос: жалобы легочного больного
3. Расспрос: жалобы сердечного больного
4. Расспрос: паспортные данные, жалобы, история заболевания и жизни
5. сбор анамнеза заболевания
6. сбор анамнеза жизни
7. сбор аллергологического анамнеза
8. сбор социального анамнеза
9. сбор акушерского анамнеза
10. сбор эпидемиологического анамнеза и так далее.

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты друг у друга проводят расспрос по схеме: сбор паспортных данных, жалоб, анамнеза заболевания и жизни. Результаты расспроса записывают в рабочую тетрадь.

**Тестовые задания**

Вариант 1

1.#Медицинская этика – это:

специфическое проявление общей этики в деятельности врача;

наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников;

наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств;

**+**верно все вышеперечисленное;

нет правильного варианта.

2.#К сфере, каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии:

взаимоотношения врача и пациента;

взаимоотношения врача и родственников пациента;

взаимоотношения в медицинском коллективе;

взаимоотношения медицинских работников и общества;

**+**все названное.

3. #Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

защиты внутреннего мира человека, его автономии;

защиты социальных и экономических интересов личности;

создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент";

поддержания престижа медицинской профессии;

**+** все вышеперечисленное.

4. #Врач может информировать родственников пациента о состоянии его здоровья только в таком случае:

неизлечимость болезни;

психические расстройства;

+с согласия пациента;

необходимость оперативного вмешательства;

при инфекционном заболевании пациента.5.#Для деонтологической модели отношений врач-пациент основным принципом является:

**+**исполняй долг;

не прелюбодействуй;

храни врачебную тайну;

помоги коллеге;

принцип невмешательства.

6. #Какой метод следует назвать субъективным методом обследования:

+расспрос пациента (или его родственников);

осмотр пациента;

пальпация;

перкуссия.

7\* Больной М, 54 года находится на лечении в стационаре, по поводу опухоли в легком. Медицинская сестра, выполнявшая назначения врача, во время очередной манипуляции, сказала пациенту, что его состояние безнадежно и лечение не принесет никаких результатов, возможно у него разовьется рак легкого. Что, согласно, принципам медицинской этике могла сказать медицинская сестра:

при общении с пациентом медсестра имеет право сообщить ему о его диагнозе, проинформировать об исходах заболевания и эффективности проводимого лечения;

медсестра не имеет права рассказывать пациенту о его диагнозе. Но может информировать о диагнозе, лечении и прогнозе его родственников и знакомых;

+медицинская сестра не имела права передавать всю ту информацию, которой владеют специалисты;

+«Я с удовольствием бы обсудила с вами эту тему, я понимаю, что вам важно знать все это, но, к сожалению, я не владею информацией в полном объеме, поэтому рекомендую вам поговорить об этом с вашим доктором».8# Перечислите типичные жалобы при заболеваниях органов дыхания:

кашель, сонливость, диарея;

одышка, сердцебиение, АД;

+кашель, температура, одышка;

одышка, отеки, раздражительность.

9# У женщины температура 39,7 , позвонила вызвать бригаду скорой медицинской помощи. На её просьбу приехать, ей посоветовали пить таблетки. Женщина сказала, что является инвалидом 2 группы, страдает эпилепсией и у неё постепенно ухудшается состояние, на что диспетчер нагрубил женщине, попросил не беспокоить их по пустякам и положил трубку. На повторный звонок никто не ответил. Выберите правильную тактику диспетчера:

диспетчер порекомендовал женщине вызвать участкового терапевта;

+диспетчер скорой медицинской помощи должен действовать согласно протоколу. Бросать трубку и не отвечать на звонки является грубым нарушением профессиональных обязанностей;

диспетчер порекомендовал лечиться самостоятельно;

диспетчер прав, так как показаний к госпитализации у пациентки нет, и вызов скорой помощи будет необоснованным.

10# Какие звенья включает лечебно-диагностический процесс:

беседа с больным, постановка диагноза;

+беседа с больным, постановка диагноза, назначения лечения;

беседа с больным, постановка диагноза, назначения лечения, выписка;

беседа с больным, назначение лечения, выписка.

11# Какой метод следует назвать субъективным методом обследования:

+расспрос пациента (или его родственников)

осмотр пациента

пальпация

перкуссия

12# Инспираторная одышка – это:

+трудно вдохнуть

трудно выдохнуть

трудно вдохнуть и выдохнуть

трудно дышать лежа

13 # Симптом, не характерный для желудочного кровотечения:

рвота с примесью крови;

черный дегтеобразный стул;

+цианоз;

бледность кожных покровов

14# Ночной диурез превалирует над дневным. Назовите этот симптом:

+никтурия

поллакиурия

олигурия

ишурия

15# У больного отмечаются частые позывы к мочеиспусканию с выделением каждый раз небольшого количества мочи. Назовите этот симптом:

олигурия

дизурия

никтурия

ишурия

+поллакиурия

16# Отеки при заболеваниях сердца:

появляются в утренние часы

локализуются на лице

смещаются при изменении тела больного

+локализуются на стопах, голенях

17# Выделение мочи в количестве 300 мл за сутки называют:

никтурия

анурия

полиурия

+олигурия

поллакиурия

18 # Характерной жалобой больных сахарным диабетом является:

одышка

+жажда

ломкость ногтей

повышенная раздражительность

"плаксивость"

Вариант 2

1.#Какая из приведенных ниже моделей взаимоотношений "врач-пациент" наиболее рациональна с позиции интересов пациентов:

"инженерно-техническая модель" - врач как специалист;

"патерналистская модель" - врач как "духовный отец";

+"кооперативная модель" - сотрудничество врача и пациента;

"договорная модель" - врач как "поставщик", а пациент - "потребитель медицинских услуг".

2.#Что составляет предмет врачебной тайны:

сведения о состоянии пациента в период его болезни; информация о факте обращения за медицинской помощью; состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении;

+все вышеперечисленное.

3#В каком документе сформулированы основные постулаты медицинской этики:

международный кодекс медицинской этики;

женевская декларация;

лиссабонская декларация;

+во всех перечисленных;

хельсинкская декларация

4.#Основным отличительным признаком профессиональной этики врача является:

право на отклоняющееся поведение;

+осознанный выбор моральных принципов и правил поведения;

уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм;

безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным;

приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного.

5 #Вмешательство в сферу здоровья человека может осуществляться:

**+**на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного;

на основании медицинских показаний;

на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности;

на основании требования родственников;

на основании извлечения финансовой выгоды.

6.#При расспросе больного с жалобами на боли в сердце необходимо выяснить:

связь болей с физической нагрузкой, стрессом;

локализацию боли;

характер боли;

обстоятельства, способствующие исчезновению боли

+все верно

7\* В приёмное отделение поступил больной Т., 80 лет с инсультом. Состояние пациента тяжелое, находится в глубоком сопоре. Но в госпитализации в реанимационное отделение было отказано. Родственники больного были сильно возмущенны и потребовали объяснения дежурного врача. Своё решение он мотивировал тем, что он не хочет тратить своё время напрасно, так как пациент пожилой и прогноз его заболевания неблагоприятный, а в любой момент может поступить молодой больной, у которого больше вероятность благоприятного исхода. Выберите правильную тактику врача:

+отказ врача в госпитализации больного не может быть мотивирован предпочтением одного пациента другому на основании какого-либо признака (национальность, возраст, прогноз заболевания и т.п.), что нарушает базовые этические и деонтологические правила в медицине;

доктор прав, он правильно обосновал свой отказ в госпитализации;

+он обязан был оказать неотложную медицинскую помощь как можно быстрее, рассмотрев возможность применения тромболитической терапии;

необходимо оставить пациента в приемном отделении и если в течение часа никто не поступит, то госпитализировать.

8# Больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не предъявляют жалоб на:

+кожный зуд;

одышка;

сердцебиение;

отеки на ногах.

9# Какая жалоба не характерна для поражения желудочно-кишечного тракта:

изжога;

диарея;

рвота;

+частое мочеиспускание;

боль в животе.

10# Какой порядок из нижеперечисленных является порядком этичных взаимоотношений во всех звеньях медицинской структуры отделения:

младшая медицинская сестра – палатная сестра – старшая сестра – ординаторы/врачи – заведующий отделениям;

+младшая медицинская сестра – палатная сестра – сестра-хозяйка – старшая сестра – ординаторы/врачи – заведующий отделениям;

младшая медицинская сестра – палатная сестра – старшая сестра – ординаторы /врачи – заведующий отделениям;

палатная сестра – сестра-хозяйка – старшая сестра – ординаторы/врачи – заведующий отделениям.

11# Экспираторная одышка – это:

трудно вдохнуть

+трудно выдохнуть

трудно вдохнуть и выдохнуть

трудно дышать лежа

12# Симптомы заболевания сердца:

боль, отеки, раздражительность

сердцебиение, боль, сонливость

+боль, сердцебиение, отеки

отеки, сердцебиение, анорексия

13# Упорный кожный зуд характерен:

при заболевании сердца

заболевании легких

+заболевании печени

заболевании крови

14# Мокрота при отеке легких:

слизистая

слизисто-гнойная

гнойная

+кровянистая

серозная

15# Частое болезненное мочеиспускание – это:

анурия

+дизурия

олигурия

полиурия

16# Желудочное кровотечение сопровождается:

+рвотой в виде "кофейной гущи"

метеоризмом

рвотой накануне съеденной пищей

обесцвеченным калом

17# Петехиальная сыпь появляется при нарушении:

эритроцитов

лейкоцитов

эозинофилов

+тромбоцитов

18# Какие звенья включает лечебно-диагностический процесс:

беседа с больным, постановка диагноза;

+беседа с больным, постановка диагноза, назначения лечения;

беседа с больным, постановка диагноза, назначения лечения, выписка;

беседа с больным, назначение лечения, выписка.

**Тема 2***. Расспрос сердечного больного. Основные жалобы и их патогенез: боли в области сердца, одышка, сердечная астма, сердцебиение, кашель, кровохарканье. Общий осмотр больного. Частный осмотр по системам и органам.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос;
* тесты;
* устный опрос;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Что включает в себя общий осмотр?
2. Оценка сознания
3. Опишите лицо Корвизара.

Вариант 2

1. Из чего состоит частный осмотр пациента?
2. Оценка состояния
3. Опишите лицо Гиппократа.

**Тестовые задания:**

Вариант 1

1# Пациент просит о помощи, стонет из-за резкой боли в правом подреберье, иррадиирующей в правое предплечье, отмечает неоднократную рвоту, ознобы, повышение температуры до 40° С, крайне беспокоен, не находит себе места, язык сухой, обложен. Определите состояние больного:

удовлетворительное

+средней тяжести

тяжелое

терминальное

2# Мужчина, 63 года, рост 165 см, вес 93 кг, коренастный, плотный. Живот значительных размеров, конечности короткие. Определите конституционный тип пациента:

нормостенический

+гиперстенический

гипостенический

3# «Голова медузы» - это:

+расширение вен передней брюшной стенки

расширение вен задней брюшной стенки

расширение вен нижних конечностей

расширение вен верхних конечностей

4# Глубокое шумное редкое дыхание — это дыхание:

Биота

Грокка

+Куссмауля

Чейна—Стокса

5# Акроцианоз характерен для

печеночной недостаточности

почечной недостаточности

+сердечной недостаточности

дыхательной недостаточности

6# Отеки почечного происхождения вначале появляются:

на ногах

пояснице

руках

+лице

7# «Лягушачий» живот характерен для:

+асцита

ожирения

беременности

метеоризма

8# Первое появлением желтухи отмечается на:

руках

ногах

+склерах глаз

туловище

шее

Вариант 2

1# Больной заторможен, осмысливание заданных вопросов затруднено (отвечает на них с опозданием, после неоднократного повторения вопроса), ко всему безразличен, отказывается от приема пищи. Определите состояние пациента:

+ступор (состояние оглушения)

сопор

кома

обморок

бред

2# Ярко-красные ладони бывают:

при заболевании почек

заболевании желудка

+заболевании печени

заболевании желчного пузыря

3# Патологическая форма грудной клетки:

астеническая

+бочкообразная

гиперстеническая

нормостеническая

4# При осмотре сердечной области можно выявить:

+пульсацию верхушечного толчка

размеры сердца

размеры сосудистого пучка

симптом «кошачьего мурлыканья»

5# Диффузный цианоз характерен для:

печеночной недостаточности

почечной недостаточности

сердечной недостаточности

дыхательной недостаточности

6# Бронзовая окраска кожи наблюдается при патологии:

гипофиза

+надпочечников

поджелудочной железы

щитовидной железы

7# При анемии кожный покров:

+бледный

гиперемированный

цианотичный

иктеричный

8# Мужчина, 63 года, рост 165 см, вес 93 кг, коренастный, плотный. Живот значительных размеров, конечности короткие. Определите конституционный тип пациента:

нормостенический

+гиперстенический

гипостенический

**Вопросы для устного опроса:**

1. Виды осмотра больных.
2. Что включает в себя обычный осмотр больного?
3. Какая бывает степень тяжести состояния больного?
4. Охарактеризуйте различные виды сознания.
5. Типы телосложения.
6. Оценка состояния кожных покровов.
7. Частный осмотр (осмотр отдельных частей туловища (голова, лицо, шея, грудная клетка, живот, верхние и нижние конечности)). Симптомы выявляемые при этом.
8. Назовите виды одышки и дайте их патогенез.
9. Легочный и сердечный цианоз и его патогенез.
10. Виды болей при заболеваниях легких и сердца и их характеристика.
11. Назовите причины кровохарканья и дайте отличительные признаки легочного кровотечения.
12. Виды кашля и его патогенез.
13. Как проводится осмотр кожи, кожных придатков (ногти, волосы),

видимых слизистых, подкожно-жировой клетчатки?

1. Перечислите патологические лица больного?
2. Особенности осмотра дыхательной системы, типы грудной клетки

ее деформация.

1. Осмотр мочевыделительной системы.
2. Осмотр сердечно-сосудистой системы.
3. Осмотр пищеварительной системы.
4. Осмотр костно-суставной системы.

**Практические навыки:**

1. Расспрос легочного больного
2. Расспрос сердечного больного
3. сбор анамнеза заболевания
4. сбор анамнеза жизни
5. сбор аллергологического анамнеза
6. сбор социального анамнеза
7. сбор акушерского анамнеза
8. сбор эпидемиологического анамнеза и так далее.
9. Общий осмотр
10. Частный осмотр по системам органов

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно опрашивают и осматривают тематических больных. Преподаватель контролирует их работу. Результаты осмотра записывают в рабочую тетрадь.

**Практическая подготовка на клинической базе**

**Схема курации пациента в терапевтическом отделении**

При оформлении фрагмента истории болезни обучающимся, необходимо, придерживаться рекомендуемой схемы курации пациента в терапевтическом отделении. История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. Необходимо, полностью провести обследование указанной системы пациента физическими методами исследования, применив с этой целью при изучении каждой системы органов, в строгой последовательности, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:

• Точность и логичность изложения;

• Исчерпывающая полнота необходимых сведений;

• Ясность изложения;

• Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

• Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

Образец

Титульный лист

ФГБОУ ВО ОрГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. К.М. Иванов

Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фрагмент написания истории болезни

Выполнил обучающийся \_\_\_\_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

Оренбург, 2019

Наименование лечебного учреждения:

НУЗ «Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Оренбург

Дата поступления больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Домашний адрес больного и близких родственников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Кем направлен больной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз, с которым был направлен в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Предварительный диагноз при поступлении в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Окончательный клинический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Перечислить жалобы, которые больной сам отмечает в момент расспроса или отмечал при поступлении в клинику. Сначала необходимо выделить основные (ведущие) жалобы, затем общие. На основании предъявленных жалоб сделать предположение о поражении какой системы идёт речь (система дыхания, кровообращения и т. д.). Уточнить, есть ли еще жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал.

Необходима конкретизация жалоб.

Жалобы при поражении системы органов дыхания: дыхание через нос: затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, насморк — выделения из носа (количество, характер, запах). Ощущение сухости и боли в горле при разговоре, глотании; нарушение голоса (сиплый, отсутствие голоса). Боли в грудной клетке: их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая), интенсивность, продолжительность, влияние на них движения, положения тела, дыхании и кашля, их иррадиация. Одышка: постоянная или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъеме на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление или усиление её в горизонтальном или вертикальном положении, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная). Удушье: время появления, сила, продолжительность. Кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой (влажный). Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов; время отхождения (утро, день, вечер), количество (за сутки и за один раз), запах и цвет ее, выделение в зависимости от положения больного. Кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками), цвет (алый, черный, желтый).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Раздел должен отражать время возникновения заболевания и динамику развития до начала курации. Особенно важным является выявление симптомов, что, в какой-то мере, позволяет решить вопрос о каком заболевании идёт речь – остром или хроническом. Путем соответствующих вопросов необходимо выяснить: начало болезни (когда и как она началась — внезапно или постепенно), каковы были ее проявления, ее дальнейшее течение (прогрессирующее или с перерывами, для хронических заболеваний продолжительность периодов обострений, рецидивов, ремиссий).

Следует установить причины и повод настоящего ухудшения заболевания (тяжелое нервное напряжение, травмы, физические перегрузки, погрешность в еде, простуда и другие).

Обращался ли к врачу, лечился ли и с каким результатом, какие проводились дополнительные исследования (анализа крови, мочи, ЭКГ, рентгеноскопия и др)? Какие ставили диагнозы лечащие врачи?

Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью (ухудшение болезни, появление новых симптомов и т. д.).

Кем больной направлен в стационар? Характер госпитализации (экстренный, плановый).

Трудо-экспертный анамнез: выдан ли и когда выдан листок нетрудоспособности на момент поступления в стационар, сколько дней нетрудоспособен.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Расспрос о жизни больного, следует начинать с общебиографических сведений: время и место рождения (географический район), место жительства, если он их менял в течение жизни.

*Социальный анамнез*: семейная обстановка, в которой родился; возраст родителей, перенесенные заболевания. Школьные годы: когда начал учиться, как проходило учение (насколько легко или трудно было учиться), сколько времени учился? Занимался ли в школе физкультурой и спортом? Общее и специальное образование больного. Для мужчин служба в армии.

*Профессиональный анамнез*: начало и характер труда всей жизни, профессиональные вредности в прошлом. Условия труда в настоящее время (продолжительность, умственная или физическая, ночная или дневная работа). Характеристика рабочего помещения (освещение, температура, сквозняки, пыль, наличие вредных веществ). Использование выходных дней, отпусков. Бытовые условия.

*Перенесенные заболевания, операции, травмы*: длительность и тяжесть их, осложнения, проводимое лечение (в стационаре, на дому, амбулаторно, санаторно-курортное). Обратить внимание па венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию.

*Семейный анамнез*: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их. Беременности и роды, мертворождаемость, аборты, их количество, причина осложнения. Есть ли живые дети, сколько?

*Наследственность:* необходимо выяснить состояние здоровья близких родственников: отца, матери, дедов, бабушек, сестер и братьев больного, детей и внуков, сестер и братьев отца и матери (если они умерли, то, в каком возрасте и от каких причин).

Обратить внимание на болезни, которые особенно сказываются на потомстве: сифилис, туберкулез, нервно-психические болезни, болезни обмена веществ, крови, алкоголизм, новообразования.

*Эпидемиологический анамнез*: выяснить был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, среди соседей, сослуживцев и т. д.). Не соприкасался ли с больными животными? Расспросить, где питается больной (в столовой, буфете, дома, какую употребляет воду (сырую, кипяченую, из водопровода или из других источников). Выезжал ли в другие города, районы. Не приезжали ли в семью больные лица из других мест жительства?

Не отмечал ли у себя в последнее время повышения температуры, рвоты, расстройства стула?

*Аллергический анамнез*: непереносимость лекарственных препаратов: наличие кожного зуда, различных сыпей, отека лица после приема антибиотиков и других препаратов лекарственных, непереносимость пищевых продуктов, сезонное появление насморка и слезотечения во время цветения полыни, амброзии, тополя.

*Негигиенические вредные привычки*: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление алкогольных напитков и наркотиков (частота, количество, как их переносит).

*Гемотрансфузионный анамнез*: переливалась ли кровь и кровезаменители, по какому поводу, сколько раз и в каком количестве, были ли осложнения на переливания и как они проявлялись. Является ли пациент донором?

**Тема 3** *Методы исследования больного: пальпация легочных, сердечных, почечных, эндокринных больных, больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Пальпация лимфоузлов, щитовидной железы, грудной клетки (ригидность, болезненность, голосовое дрожание), верхушечного, сердечного толчков, пульса, живота, печени, почек, селезенки. Измерение артериального давления.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:*

* письменный опрос;
* устный опрос;
* тесты;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Что такое сердечный толчок?
2. Характеристики пульса?
3. Этапы глубокой пальпации живота

Вариант 2

1. Характеристики верхушечного толчка?
2. Систолическое «кошачье мурлыканье»?
3. Последовательность проведения глубокой пальпации живота

**Вопросы для устного опроса**

1. Что такое пальпация? Определение ее как метода физикального исследования.
2. Методика пальпации лимфатических узлов, щитовидной железы.
3. Методика пальпации грудной клетки, ее диагностическое значение: болезненность, ригидность, голосовое дрожание.
4. Пальпация верхушечного и сердечного толчка, пульса, свойства пульса.
5. Клиническое значение определения голосового дрожания – усиления, ослабления, отсутствия.
6. Методика поверхностной и глубокой пальпации живота.
7. Методика определения свободной жидкости в брюшной полости.
8. Методика пальпации печени, селезенки, почек.

**Тестовые задания**

Вариант 1

*1* # Ослабление голосового дрожания определяется при:

+эмфиземе легких

бронхите

пневмонии

синдроме компрессионного ателектаза

2# В норме верхушечный толчок расположен:

в IV межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

+в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

в V межреберье по левой средне-ключичной линии

в IV межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

3# В какой стадии крупозной пневмонии усиливается голосовое дрожание:

стадии разрешения

стадии уплотнения

стадии прилива

4# Симптом «систолического» дрожания характерен для:

+стеноза устья аорты

митрального стеноза

митральной недостаточности

5# Пальпаторно «шум плеска» характерен для следующей патологии:

+стеноз привратника

эрозивный гастрит

язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

6# Грыжа «белой» линии живота пальпаторно определяется при помощи:

+ориентировочной пальпации

глубокой пальпации

толчкообразной пальпации

7# Слепая кишка пальпируется:

в правой подвздошной области

в левой подвздошной области

в надлобковой области

на уровне пупка по обе стороны от срединной линии

8# Смещение верхушечного толчка влево наблюдается при:

+гипертрофии левого желудочка

гипертрофии правого желудочка

гипертрофии левого предсердия

*Вариант 2*

*1*# Усиление голосового дрожания типично для:

гидроторакса

+абсцесса легкого в стадии полости

эмфиземы легких

полного обтурационного ателектаза

2# Площадь верхушечного толчка в норме составляет:

0,5 см

4см

+2 см

6 см.

3# Пальпаторно «доскообразный» живот характерен для:

хронического гастрита

язвенной болезни желудка

+перфоративной язвы желудка

4# Дефицит пульса пальпаторно определяется при:

+фибрилляции предсердий

синусовой тахикардии

синусовой брадикардии

5# Симптом «двух молоточков» определяется пальпаторно при:

+митральной недостаточности

стенозе устья аорты

стенозе митрального устья

6# К этапам глубокой пальпации не относится:

постановка руки

набор кожной складки

+погружение на вдохе

погружение на выдохе

скольжение

7# При пальпации положительный симптом Щеткина-Блюмберга характерен для:

+синдрома «острого живота»

стеноза привратника

язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

8# Симптом «диастолического» дрожания характерен для:

стеноза устья аорты

+митрального стеноза

митральной недостаточности

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Вопросы по практическим навыкам**

1. Поверхностная пальпация живота

2. Пальпация слепой кишки

3. Пальпация сигмовидной кишки

4. Пальпация поперечно-ободочной кишки

5. Пальпация нисходящей кишки

6. Пальпация восходящей кишки

7. Пальпация печени

8. Пальпация селезенки

9. Пальпация почек

10. Точечная пальпация, пальпация мочеточниковых точек

11. Пальпация грудной клетки, ее задачи.

12. Пальпация верхушечного толчка

13. Пальпация сердечного толчка

14. Пальпация щитовидной железы

15. Пальпация лимфатических узлов

16. Пальпация желудка

17. Осмотр и пальпация суставов

18. Общий осмотр

19. Осмотр и пальпация грудной клетки

20. «Кошачье мурлыканье», пальпация его видов

21. Измерение АД, пальпация пульса

Провести пальпацию согласно, ниже описанным правилам.

При проведении пальпации необходимо неукоснительно соблюдать определенные правила. Руки врача должны быть теплыми (холод вызывает рефлекторное сокращение мышц), сухими, с остриженными ногтями, движения рук - плавными, всякое усиление давления - постепенным. Пальпация может проводиться в положении больного лежа на спине, лежа на боку и в вертикальном положении.

В зависимости от преследуемых целей применяют два вида пальпации: поверхностную и глубокую.

Поверхностная пальпация кожи, суставов, грудной клетки, живота применяется как общее, ориентировочное исследование.

Глубокая пальпация служит для более детального изучения органа. Наиболее полно разработана глубокая, скользящая методическая пальпация живота. Разновидностью глубокой является проникающая пальпация, используемая для определения болезненности в определенных точках живота. Она производится путем надавливания одним пальцем, направленным перпендикулярно к брюшной стенке. Наиболее часто исследуются аппендикулярная точка Мак-Бурнея (на границе нижней и средней трети линии, соединяющей пупок с остью подвздошной кости), пузырная точка (у места пересечения наружного края прямой мышцы живота и правой реберной дуги) и пилородуоденальная точка (расположенная на два поперечных пальца вправо и вверх от пупка).

Толчкообразная пальпация служит для определения баллотирования плотных тел в брюшной полости при скоплении в ней жидкости, надколенника при выпоте в коленном суставе.

Скользящая пальпация по В.П. Образцову используется для исследования органов брюшной полости.

Пальпация лимфатических узлов: пальпация лимфатических узлов проводится параллельно с осмотром и дает возможность установить степень увеличения, консистенцию, болезненность, подвижность и спаянность их с кожей. Методика пальпации заключается в исследовании всех областей, где могут располагаться доступные для пальпации лимфатические узлы, сверху вниз, начиная с головы. Пальпируют области локализации затылочных, околоушных, подчелюстных, подъязычных, подбородочных, задних шейных, передних шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, паховых, подколенных лимфатических узлов. Пальпация лимфатических узлов производят обеими руками на симметричных участках. Пальпируют лимфоузлы кончиками пальцев, производя ими скользящие круговые движения в области предполагаемой локализации данной группы лимфоузлов и по возможности прижимая их к более плотным образованиям (костям, мышцам). При пальпации подмышечных лимфоузлов вначале отводят руку больного в сторону и устанавливают полусогнутые пальцы исследующего в подмышечной области. Затем приводят руку пациента к грудной клетке и одним скользящим движением руки сверху вниз пытаются прощупать лимфатические узлы.

Пальпация щитовидной железы: врач располагается спереди от пациента. Перед пальпацией осматривают область щитовидной железы, с целью выявления видимого на глаз ее увеличения. Сначала пальпируется перешеек щитовидной железы скользящими движениями большого пальца правой руки сверху вниз, а потом боковые доли, проникая за внутренние края грудино-ключично-сосцевидных мышц. Можно попросить сделать пациента глотательное движение, что облегчает пальпацию. Пальпацию долей щитовидной железы можно проводить согнутыми пальцами обеих рук (2 и 3 пальцы), проникающими за внутренние края грудино-ключично-сосцевидных мышц, и доходят до задне-латеральной поверхности боковых долей железы. В этом случае врач располагается позади больного.

При исследовании мышц оценивают: степень развития мускулатуры, тонус, силу, болезненность мышц при их ощупывании. Пальпируя кости, определяют их форму, наличие деформаций, болезненности при ощупывании и поколачивании.

При объективном исследовании суставов определяют: конфигурацию, припухлость, болезненность при ощупывании и движениях, объем активных и пассивных движений в суставах, изменения кожи и подкожной клетчатки в области суставов. Обследованию опорно-двигательного аппарата обязательно должно предшествовать изучение общего состояния больного. Следует обращать внимание на его конституциональный тип: например, лицам гиперстенического телосложения более свойственны дистрофические заболевания суставов. Признаки эндокринных заболеваний могут указывать на возможность различных эндокринных артропатий. Обращают внимание на состояние кожного покрова, например, шелушение, гиперпигментация характерны для ревматоидного артрита, бляшки на разгибательных поверхностях локтевых, коленных суставов, волосистой части головы - для псориатического поражения.

Пальпация грудной клетки позволяет выявить болезненность (локальную или разлитую), оценить эластичность (резистентность), голосовое дрожание, уловить шум трения плевры.

Пальпация при исследовании сердечно-сосудистой системы имеет большое диагностическое значение, так как позволяет выявить ряд диагностических критериев, характеризующих сердце и сосуды. Пальпация области сердца позволяет определить верхушечный толчок и другие пульсации. Пальпация верхушечного толчка: верхушечный толчок образуется в результате того, что во время сокращения сердечная мышца уплотняется и в своем движении сзади наперед и слева направо верхушкой ударяется в переднюю грудную стенку. Пальпируется верхушечный толчок примерно у 50% здоровых лиц. Для определения верхушечного толчка ладонь правой руки с отведенным большим пальцем кладут горизонтально под левый сосок, основанием кисти к грудине, а пальцами к подмышечной впадине. Затем 2-ым и 3-им пальцами, расположенными перпендикулярно к поверхности грудной клетки уточняют локализацию, площадь, силу и высоту толчка, перемещая пальцы по межреберьям по направлению к грудине. При определении верхушечного толчка у женщин необходимо, чтобы больная правой рукой приподняла левую грудную железу. Другие пульсации в области сердца: загрудинная пульсация у здоровых лиц отсутствует. При ее наличии говорят о наличии сердечного толчка. Он обусловлен сильными сокращениями сердца, чаще правого желудочка, поскольку он непосредственно прилежит к передней грудной клетке. Пульсация в яремной ямке определяется при аневризме аорты, недостаточности полулунного клапана аорты. При этом необходимо завести II-III пальцы правой руки за рукоятку грудины в области яремной ямки. Голова больного должна быть наклонена, а плечевой пояс приподнят. Эпигастральная пульсация - видимое на глаз пульсация в надчревной области, синхронная с деятельности сердца. Эпигастральная пульсация может зависеть от гипертрофии правого желудочка, от колебания стенки брюшного отдела аорты и пульсации печени. При гипертрофии правого желудочка она локализуется под мечевидным отростком и становится более отчетливой при глубоком вдохе. При аневризме брюшной аорты – пульсация выявляется несколько ниже и направлена сзади вперед. Пульсация брюшного отдела аорты может определяться и у здоровых людей с тонкой брюшной стенкой. Пульсация печени, ощущаемая в эпигастрии, бывает передаточной и истинной. Передаточная пульсация печени обусловлена сокращениями гипертрофированного правого желудочка. Истинная пульсация печени наблюдается у больных с недостаточностью трехстворчатого клапана, когда происходит обратный ток крови из правого предсердия в нижнюю полую вену и вены печени (положительный венный пульс). При этом каждое сокращение сердца вызывает ее набухание. В области сердца можно пропальпировать звуковое явление, которое называется «кошачьим мурлыканьем». «Кошачье мурлыканье» возникает в результате турбулентного течения крови через суженое отверстие клапана и сотрясения стенок сердца. Для его обнаружения необходимо положить ладонь плашмя на грудину, лучше в положении грудной клетки на выдохе. Различают пресистолическое и систолическое дрожание. Диастолическое (или пресистолическое) определяется в нижней трети грудины при стенозе митрального отверстия. Систолическое дрожание определяется в верхней трети грудины на основании сердца при стенозе устья аорты.

Параметры артериального пульса могут быть определены только методом пальпации. При этом под пульсом понимают ритмичное наполнение артерии в систолу желудочков сердца, которое несколько запаздывает относительно I тона сердца (систола). Для отчетливого прощупывания пульса необходимо, чтобы артерия лежала поверхностно над плотной поверхностью (кость), пальпация должна быть доступна на значительном протяжении артерии. Всем этим условиям отвечают лучевая, височная артерии и артерии тыла стопы. Начинать пальпацию необходимо одновременно на обеих руках для определения одинаковости пульса. Затем врач, находясь справа от больного, правой рукой должен взять руку пациента таким образом, чтобы 2- 3- 4-й пальцы находились в области нижней части лучевой артерии, а большой палец с противоположной стороны поддерживал кисть. Рука пациента должна быть на уровне сердца. Если наполнение пульса больше на левой руке, то пальпируют левую лучевую артерию. Определяют следующие его свойства пульса: частоту; ритмичность; наполнение; напряжение; равномерность (одинаковость) на обеих руках; состояние сосудистой стенки вне пульсовой волны. Пальпация живота позволяет получить информацию о локализации органов брюшной полости, их форме, размерах, консистенции и болезненности.

Правила пальпации брюшной стенки и органов брюшной полости:

- врач сидит справа от больного на поставленном рядом стуле (а не на кровати), лицом к пациенту, наблюдая за его реакцией;

- больной лежит на твердой постели (на мягком ложе прогибается туловище, опускается таз, затрудняется равномерное расслабление мышц). Голова вместе с плечами должна быть слегка приподнята, находясь на подушке. Руки свободно расположены вдоль туловища. Ноги вытянуты или слегка согнуты в тазобедренных и коленных суставах с упором под стопы или подкладыванием валика под колени;

- руки врача должны быть теплыми, чтобы не вызвать рефлекторного сокращения брюшного пресса, с коротко подстриженными ногтями. Рука врача кладется на живот на слегка согнутые 2-3-4-5 -й пальцы (основание ладони над передней брюшной стенкой, большой палец не участвует в пальпации).

Пальпацию передней брюшной стенки следует начинать с поверхностной, ориентировочной пальпации. Исследование начинают с левой подвздошной области, потом переходят на симметричный участок правой подвздошной области, и постепенно поднимаясь вверх (на 2-3 см), пальпируют все отделы живота. Можно обойти живот против часовой стрелки, начиная от левой подвздошной области и заканчивая в правой подвздошной области. После этого пальпация проводится по срединной линии от эпигастральной области до надлобковой.

При поверхностной пальпации определяется напряжение брюшной стенки, ее болезненность в том или ином участке, резко увеличенные печень или селезенка, большие опухоли, расхождение прямых мышц живота, грыжевые выпячивания и опухолевидные образования, расположенные поверхностно.

Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация, разработанная В.П. Образцовым и Н.Д. Стражеско, позволяет определить местонахождение, величину, форму, консистенцию органов брюшной полости. Суть методики заключается в том, что врач погружает пальцы вглубь живота, стараясь прижать исследуемый орган к задней стенке брюшной полости или кости с целью ограничения его подвижности и получения более четкого ощущения. При проведении пальпации правую кисть кладут плашмя на переднюю брюшную стенку перпендикулярно к оси исследуемой части кишки или к краю органа. Больному предлагают глубоко дышать «животом». Во время вдоха врач, сдвигая кожу, набирает кожную складку (чтобы не ограничивать движения руки). Во время выдоха руку медленно погружают вглубь брюшной полости, безболезненно для больного приближаются к задней брюшной стенке. Можно проникать в брюшную полость постепенно за серию из 3-5 глубоких дыхательных движений. После этого производят скользящие движения пальцами поперек исследуемого органа. В момент соскальзывания пальцев с органа возникает ощущение, которое дает возможность судить о его локализации, форме и консистенции. Глубокая методическая пальпация проводится в строгой последовательности: вначале пальпируется сигмовидная кишка, затем слепая, конечная часть подвздошной кишки, поперечно-ободочная кишка, восходящая и нисходящая часть ободочной кишки, желудок, поджелудочная железа, печень, селезенка и почки.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области. Первый способ: четыре сомкнутых, слегка согнутых пальца правой руки помещают перпендикулярно оси сигмовидной кишки, которая расположена косо в левой подвздошной области, при этом основание ладони располагается на наружной поверхности подвздошной кости. Во время вдоха больного движением по направлению к пупку (от себя) образуют кожную складку. Вслед за этим во время выдоха стремятся, как можно глубже погрузить кончики пальцев в брюшную полость так, чтобы они приблизились к ее задней стенке. Затем движением кисти руки изнутри кнаружи и сверху вниз, скользя по задней брюшной стенке "перекатываются" через кишку. Именно в этот момент и составляется тактильное впечатление об особенностях прощупываемого отрезка. Второй способ: четыре сомкнутых, слегка согнутых пальца правой руки устанавливают перпендикулярно оси сигмовидной кишки, при этом основание ладони обращено к средней линии живота. Во время вдоха больного движением на себя образуют кожную складку. Вслед за этим во время выдоха кончики пальцев погружаются в брюшную полость до ее задней стенке и с последующим вдохом как-бы приподнимают кишку к гребню подвздошной кости. Сигмовидная кишка прощупывается у 90-95% здоровых лиц в виде гладкого, эластичного цилиндра толщиной с большой палец руки. При патологии спазмированная кишка может ощущаться как плотная, болезненная, иногда четкообразная или бугристая. Она может быть раздутой, урчащей. При сращениях или рубцах брыжейки сигмовидная кишка может терять подвижность.

При пальпации слепой кишки, расположенной в правой подвздошной области, используют ту же методику, что и при ощупывании сигмовидной кишки, меняя только направление движения исследующей руки. Ладонь укладывается на наружную поверхность правой подвздошной кости и складка набирается от себя. Кишка прижимается к задней брюшной стенке и подвздошной кости. Слепая кишка в норме прощупывается в 79 % случаев в виде гладкого, несколько расширяющегося книзу цилиндра диаметром 3-5 см, безболезненного и подвижного, урчащего при надавливании. При патологии она может быть крайне подвижной из-за врожденного удлинения брыжейки или неподвижной вследствие воспаления вокруг нее. Воспаление слепой кишки сопровождается ее раздуванием, усилением урчания, появлением болезненности и уплотнения. При туберкулезе и раке она становится очень плотной, бугристой.

При исследовании поперечно-ободочной кишки пользуются билатеральной пальпацией. Руки врача лежат по обе стороны от прямых мышц живота на уровне пупка, хотя желательно предварительно найти нижнюю границу желудка и отступить от нее на 2-3 см вниз. Складку во время вдоха набирают от себя и постепенно погружают пальцы в брюшную полость на выдохе. Дойдя до задней стенки брюшной полости, на вдохе скользят по ней книзу, стараясь ощутить кишку под пальцами. Нормальная поперечно-ободочная кишка прощупывается более, чем у половины здоровых людей (у 60-70%), в виде мягкого цилиндра шириной в 3-5 см, безболезненного, легко смещающегося вверх и вниз. При колите поперечно-ободочная кишка пальпируется плотной, сокращенной и болезненной. При раковом процессе она утолщена и бугристая. Если ниже ее имеется сужение или нарушение проходимости, то поперечно-ободочная кишка остается гладкой и эластичной, но увеличивается в объеме, перистальтирует и громко урчит.

Для пальпации восходящей части ободочной кишки левую руку подкладывают под поясницу, а правую руку располагают в правом боковом отделе живота, обращенную основанием ладони кнаружи, пальцами - к пупку. Синхронно с дыханием больного набирают кожную складку от себя и погружают руку в брюшную полость до соприкосновения с левой рукой и на вдохе скользят в латеральном направлении до возникновения ощущения соприкосновения с кишкой.

Для пальпации нисходящей части ободочной кишки левую руку подкладывают под поясницу, а правую руку располагают в левом боковом отделе живота, обращенную основанием ладони к пупку, пальцами кнаружи. Синхронно с дыханием больного набирают кожную складку от себя и погружают руку в брюшную полость до соприкосновения с левой рукой и на вдохе скользят в медиальном направлении (к пупку) до возникновения ощущения соприкосновения с кишкой. Эти отрезки кишки прощупываются в виде эластичных безболезненных цилиндров.

Пальпация желудка является весьма сложной. В.П. Образцов считал, что большая кривизна пальпируется только у 50-60 % людей, а малая лишь при выраженном опущении желудка. Пальпировать желудок можно в положении стоя и лежа. Чтобы пропальпировать большую кривизну необходимо найти нижнюю границу желудка, воспользовавшись перкуторной пальпацией или аускультативной перкуссией (смотри раздел «Перкуссия»). Пальпацию желудка производят в эпигастральной или мезогастральной области, учитывая, что большая кривизна желудка определяется в виде валика, лежащего на позвоночнике и по бокам от него. Поэтому большую кривизну желудка пальпируют по средней линии и по обе стороны от нее, на вдохе смещая кожу живота вверх, на выдохе погружая руку вглубь брюшной полости по направлению к задней стенке живота. На вдохе большая кривизна желудка выскальзывает из-под пальцев и дает ощущение мягкой тонкой складочки, расположенной по обе стороны от срединной линии на 3-4 см выше пупка. При опущении желудка она обнаруживается ниже пупка.

Пальпация поджелудочной железы проводится в положении больного лежа после очищения кишечника очистительной клизмой и, если возможно, промывания желудка. Нормальная поджелудочная железа может быть пропальпирована крайне редко (при выраженном опущении, дряблой брюшной стенки). В этих случаях железа пальпируется в виде совершенно неподвижного тяжа толщиной 1-2 см, расположенного горизонтально на задней брюшной стенке в верхней половине живота. Пальпация поджелудочной железы может быть поверхностной и глубокой. При поверхностной пальпации можно обнаружить целый ряд симптомов острого панкреатита. Это выраженная болезненность в правой и в верхней частях эпигастрия, иногда распространяющаяся влево. На вторые сутки болезни обычно появляется напряжение мышц. Иногда удается выявить участок болезненности и напряжения мышц, соответствующий проекции поджелудочной железы (симптом Керте). При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско обычно удается прощупать только увеличенную и уплотненную поджелудочную железу. Для этого сначала необходимо определить нижнюю границу желудка, выше которой на 2-3 см и находится поджелудочная железа. Затем, при вдохе набирают кожную складку вверх, при выдохе проникают в глубь живота до получения ощущения его плотной задней стенки. Оставляя пальцы в прежнем положении при последующем вдохе, производят скользящее движение сверху вниз.

Исследование печени проводится в положении больного лежа на спине, рука лежат на грудной клетке. В некоторых случаях (например, асците, метеоризме) пальпацию лучше проводить в вертикальном положении. Больной при этом должен стоять, несколько наклонившись вперед и глубоко дышать. Пальпацию печени проводят бимануальным способом. Для этого левой рукой охватывают правую реберную дугу (нижние два ребра), что ограничивает расширение грудной клетки в период вдоха, способствуя увеличению амплитуды движения печени в вертикальном направлении. Ладонь правой руки по среднеключичной линии плашмя кладут на правую подвздошную область, слегка согнутые, находящиеся на одной линии пальцы располагают параллельно определяемому краю печени. На вдохе набирается кожная складка на себя, на выдохе пальцы погружают вглубь живота, образуя своеобразный "карман". При последующем глубоком вдохе (который больной делает по просьбе врача) печень, опускаясь вниз, выскальзывает из "кармана", давая возможность определить положение, консистенцию, болезненность своего нижнего края. Если зафиксированные пальцы в период вдоха не встречают край печени, то руку нужно постепенно продвигать к правому подреберью, повторяя манипуляцию до соприкосновения с органом. Если край печени располагается ниже реберной дуги, не следует ограничиваться его пальпацией только по среднеключичной линии, необходимо проследить его вправо и влево, насколько это возможно. При наличии увеличенной и уплотненной печени край ее может быть определен и вне зависимости от фаз дыхания.

Селезенку исследуют в положении больного на спине, при этом руки и ноги должны быть вытянуты. Левой рукой, положив ладонь на область VII-X левых ребер, врач ограничивает, по возможности, подвижность грудной клетки. Правая ладонь укладывается плашмя на живот, перпендикулярно реберной дуге, чтобы указательный и средний пальцы находились, примерно, у места прикрепления Х ребра к реберной дуге. При пальпации используется та же методика, что и при пальпации печени. На вдохе набирается кожная складка на себя. Во время выдоха руку медленно погружают в левое подреберье и, оставляя пальцы на месте, просят больного сделать глубокий вдох. В этот момент возникает определенное тактильное ощущение. Если в положении больного на спине селезенка не прощупывается, исследование проводят в положении на правом боку. Больному предлагают положить руки под голову и согнуть левую ногу в тазобедренном и коленном суставах, выпрямив правую. Врач повторяет пальпацию по той же методике. У здорового человека селезенка не пальпируется. Увеличение селезенки наблюдается при острых инфекционных заболеваниях, болезнях крови, малярии, циррозе печени. При хронических инфекционных заболеваниях, болезнях крови селезенка становится плотной, край чаще сохраняет округлую форму.

Почки расположены на задней брюшной стенке и прикрыты реберной дугой, поэтому их пальпация у здорового человека крайне затруднительна. У здорового человека пропальпировать почки можно в случае резкого похудения или значительного ослабления брюшного пресса. Пальпацию почек производят бимануально в двух положениях больного, горизонтальном и вертикальном (по Боткину), придерживаясь общих принципов глубокой пальпации. Пальпация почки в горизонтальном положении. Для пальпации правой почки левую руку ладонной поверхностью накладывают на правую половину поясничной области тотчас ниже XII-ого ребра. Слегка согнутые четыре пальца правой руки ставят непосредственно ниже реберной дуги кнаружи от края прямой мышцы живота. При каждом выдохе врач стремится продвинуть пальцы правой руки к задней стенки до ощущения соприкосновения с пальцами левой руки. Левой рукой врач приподнимает кпереди поясничную область, тем самым, приближая почку к правой руке. При максимальном сближении рук больному предлагают сделать очень глубокий вдох животом. В этот момент почка опускается, оказываясь под пальцами правой руки, которые выполняют скользящее движение вниз, прощупывают нижний полюс органа, реже - всю почку. Пальпацию проводят параллельно позвоночнику. Почка пальпируется в виде плотного, эластичного образования. Если почку удается удержать между руками, можно оценить степень ее смещаемости. Для пальпации левой почки левая рука врача продвигается под левую половину поясницы больного, правой рукой осуществляется пальпация по описанной методике. Методика пальпации почек в вертикальном положении была предложена С.П. Боткиным. Больной стоит лицом к врачу, мышцы брюшного пресса расслаблены, туловище слегка наклонено вперед. Врач сидит непосредственно перед больным. Используется та же методика, что и в положении лежа. В положении стоя в силу тяжести и вследствие давления опускающейся диафрагмы почки становятся доступнее для пальпации, но детальная пальпация затруднена из-за напряжения брюшного пресса. Поэтому, пальпацию почек проводят и в горизонтальном и в вертикальном положениях. Иногда прощупывание почки удается только благодаря особому способу – баллотированию (метод Гюйона). К выше описанным приемам обычной бимануальной пальпации добавляются ритмичные толчкообразные движения пальцев левой руки. Быстрые и короткие удары наносят по поясничной области в углу между реберной дугой и длинными мышцами спины. Пальцы правой руки при этом будут ощущать колебания почки. В норме почки не пальпируются.

При значительном скоплении мочи в мочевом пузыре, особенно у лиц с тонкой брюшной стенкой, мочевой пузырь пальпируется над лобком в виде эластичного флюктуирующего образования. При значительном переполнении верхняя граница мочевого пузыря может пальпироваться на уровне пупка.

При скоплении свободной жидкости в брюшной полости проводят баллотирующую (толчкообразную) пальпацию в положении лежа. Левую руку кладут плашмя на боковую поверхность брюшной стенки, а пальцами правой руки наносят толчкообразные удары по брюшной стенки с противоположной стороны. Если в брюшной полости есть жидкость, то колебания жидкости и внутренних органов предаются другой руке («симптом волны»). Если помощник положит кисть ребром на середину живота, то передача колебаний прекращается.

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно опрашивают, осматривают и пальпируют тематических больных. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тема 4** *Методы исследования больного: методика и техника перкуссии. Классификация перкуторных звуков. Перкуссия легких (сравнительная, топографическая).*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

* 1. Напишите классификацию перкуторных звуков.
  2. Перечислите опознавательные перкуторные линии.
  3. Напишите нормальный размер поперечника сердца?

Вариант 2

1. Виды перкуссии, в зависимости от перкуторного удара?
2. Напишите нормальное положение нижних границ легких.
3. Напишите нормальные значения перкуторных размеров печени по Курлову

**Вопросы для устного опроса**

1. Определение метода перкуссии.
2. Физические основы перкуссии.
3. Методы перкуссии.
4. Основные правила проведения перкуссии.
5. Основные перкуторные звуки, их характеристика.
6. Методика проведения сравнительной перкуссии легких.
7. Методика проведения топографической перкуссии легких.
8. Определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей Кренига.
9. Определение нижних границ легких.
10. Определение подвижности нижнего легочного края

**Общие правила и методика проведения** **перкуссии легких.**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Перкуссия легких (сравнительная, топографическая)

Провести перкуссию, согласно, ниже описанным правилам.

В качестве плессиметра используется средний палец левой руки, а удары наносятся средним пальцем правой руки. Этот метод перкуссии позволяет оценить изменение перкуторного звука не только с помощью слуха, но и осязания пальцем-плессиметром. При постукивании по участку тела возникают колебания подлежащих сред. Основные правила перкуссии:

- Средний палец левой руки, палец-плессиметр, прикладывают плотно на всем протяжении без большого давления. Другие пальцы не должны быть к нему прижаты.

- Перкуторный удар наносится движением кисти в лучезапястном суставе средним пальцем правой руки по средней фаланге пальца-плессиметра, строго перпендикулярно ей. Следует наносить два удара (ориентировочный и оценочный). Удары должны быть одинаковой силы, короткими и отрывистыми. Ноготь пальца-молоточка должен быть коротко острижен во избежание травматизации.

В зависимости от целей выделяются два вида перкуссии: топографическая и сравнительная.

Сравнительная перкуссия имеет целью выявить наличие патологических изменений в симметричных участках легких, плевральных полостях, брюшной полости. С помощью сравнительной перкуссии определяют характер перкуторного звука и его одинаковость на симметричных участках грудной клетки.

При топографической перкуссии определяют границы и размеры органов или образований. При топографической перкуссии должны соблюдаться следующие правила:

- при определении границ перкутируемого органа палец-плессиметр распо- лагается параллельно искомой границе органа;

- перкуссию проводят всегда от ясного звука к тупому;

- границу органа следует отмечать по наружному краю пальца-плессиметра, обращенному к зоне ясного звука.

Перкуссию легких удобнее всего производить при спокойном вертикальном (стоячем или сидячем) положении больного. Руки его должны быть опущены или положены на колени. При топографической перкуссии легких определяют: высоту стояния верхушек спереди и сзади, ширину верхушки (поле Кренига), положение нижних краев легких и их подвижности (экскурсия нижнего края). Высота стояния верхушек спереди. Палец-плессиметр устанавливают над ключицей (параллельно ей) и от ее середины перкутируют вверх и медиально до притупления звука по наружному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В норме верхняя граница легких спереди располагается на 3-5 см выше ключицы.

При определении высоты стояния верхушек сзади палец-плессиметр кладут непосредственно над остью лопатки, параллельно ее ости. Середина средней фаланги располагается над серединой внутренней половины ости. Палец-плессиметр перемещают по линии, соединяющей середину внутренней половины ости лопатки и остистый отросток VII-ого шейного позвонка. В норме высота стояния верхушек легких сзади находится на уровне остистого отростка VII-ого шейного позвонка.

Определяя ширина верхушки легкого (поле Кренига) палец-плессиметр кладут перпендикулярно на передний край трапециевидной мышцы над серединой ключицы. Перкутируют сначала в медиальном направлении до появления тупого звука (внутренняя граница поля Кренига). После этого возвращают палец-плессиметр в исходное положение и перкутируют по направлению кнаружи до появления тупого звука (наружная граница поля Кренига). В норме ширина поля Кренига 4-6 см.

Определение нижней границы правого легкого начинают с окологрудинной линии. Положение пальца-плессиметра должно быть такое, чтобы окологрудинная линия пересекала середину его средней фаланги перпендикулярно. Перкуссию проводят сверху вниз последовательно по окологрудинной, средне-ключичной, передней, средней, задней подмышечной, лопаточной, околопозвоночной линиям от ясного до тупого звука. Перкуторное определение нижней границы левого легкого проводится аналогично определению границ правого легкого, но с двумя особенностями. Во-первых, перкуссия ее по окологрудинной линии соответствует IV межреберью (сердечная тупость). Во-вторых, по передней и средней подмышечным линиям перкуссия прекращается при изменении ясного легочного звука на тимпанический звук. Такая особенность обусловлена влиянием газового пузыря желудка, занимающего пространство Траубе.

Подвижность легочного края можно определить по любой из топографических линий, но обычно ограничиваются определением подвижности нижнего края только по средней или задней подмышечной линиям, где она наибольшая. Пациент стоит или сидит, руки сложены в замок и подняты на голову. Сначала определяют нижнюю границу легкого при спокойном дыхании (техника смотри выше). Затем, не отнимая палец-плессиметр, предлагают пациенту сделать очень глубокий вдох и задержать дыхание и перкутируют вниз до тупого звука. Границу отмечают демографом (карандашом) по верхнему краю пальца-плессиметра. После этого, больному предлагают сделать очень глубокий выдох и задержать дыхание. Перкутируют вверх до появления ясного перкуторного тона. Расстояние между уровнем нижних границ легких при максимальном вдохе и выдохе является подвижностью (экскурсией) легочного края. Максимальная подвижность нижнего легочного края по средней и задней подмышечным линиям составляет в норме 4-8 см. При сравнительной перкуссии легких оценивают и сравнивают перкуторные тоны на симметричных участках грудной клетки. Если удается по жалобам, данным осмотра выявить пораженную сторону, сравнительная перкуссия должна начинаться со здоровой стороны. При сравнительной перкуссии наносят удары средней силы. Руки больного должны быть опущены. Палец-плессиметр кладут в надключичную ямку параллельно ключице, пальцем-молоточком наносят удар. После этого палец-плессиметр перемещают в симметричную надключичную ямку. Затем удары наносят по симметричным участкам ключиц, подключичных ямок, передней поверхности грудной клетки в I-II-III межреберьях. При этом, палец-плессиметр кладут на межреберье, параллельно ребрам, немного вдавливая в межреберье. Середина средней фаланги должна находиться на среднеключичной линии. После этого перкутируют симметричные участки грудной клетки в IV-V-VI-VII межреберьях, постепенно переходя к боковым отделам. Руки пациента в этот момент должны быть сложены в замок и подняты на голову. Сравнительная перкуссия легких сзади. Больной должен скрестить руки на груди, для того, чтобы сместившиеся лопатки обнажили межлопаточное пространство. Перкуссию начинают с надлопаточных областей (палец-плессиметр кладут параллельно ости лопатки). Затем перкутируют симметричный участок в межлопаточном пространстве. При этом, палец-плессиметр кладут на грудную клетку параллельно или перпендикулярно позвоночнику у края сместившейся лопатки. После этого перкуссию проводят под лопатками на уровне VII-VIII и IX межреберий (палец-плессиметр располагают параллельно ребрам). В норме сравнительная перкуссия над легочной тканью дает ясный (легочный) звук. Сила и высота легочного звука меняются в зависимости от возраста, формы грудной клетки, развития мышц, величины подкожно-жирового слоя. Перкуссию сердца удобнее всего производить при спокойном вертикальном (стоячем или сидячем) положении больного. Руки его должны быть опущены или положены на колени.

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно перкутируют тематических больных. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тема 5** *Методы исследования больного: перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной тупости, поперечник сердца, ширина сосудистого пучка. Перкуссия печени по Курлову. Перкуссия размеров селезенки.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *устный опрос, тесты, практические навыки*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Основные правила проведения перкуссии сердца.
2. Понятие об относительной сердечной тупости.
3. Понятие об абсолютной сердечной тупости. Ее границы в норме. Техника определения.
4. Перкуторное определение ширины сосудистого пучка и поперечника сердца.
5. Методика определения трех размеров печени по Курлову и размеров селезенки.

**Тестовые задания**

Вариант 1

1# При выстукивании грудной клетки над предполагаемой областью сердца перкуторный звук:

ясный легочный

+тупой, притупленный

коробочный

тимпанический

2# При выстукивании грудной клетки над опорожнившейся полостью легких (полость абсцесса легкого или каверна при туберкулезе легких) перкуторный звук ожидается:

притупленный

тупой

ясный легочный

+тимпанический

3# Какой перкуторный звук получают над здоровыми легкими:

тимпанический

+ясный

притупленный

тупой

4# Каким отделом сердца образована абсолютная сердечная тупость:

левым желудочком

левым предсердием

+правым желудочком

правым предсердием.

5# Где проходит правая граница относительной сердечной тупости в IVмежреберье:

у края грудины

на 4 см кнаружи от края грудины

+на 1-2 см кнаружи от края грудины

по левому краю грудины

6# Какие перкуторные явления характерны для 2 стадии крупозной пневмонии:

ясный легочный звук

тимпанический звук

+тупой звук

7# Сглаженность «талии» сердца бывает при:

+митральном стенозе

аортальном стенозе

аортальной недостаточности

8# Граница абсолютной сердечной тупости увеличивается при:

+гипертрофии правого желудочка

гипертрофии левого желудочка

гипертрофии правого предсердия

Вариант 2

1# При выстукивании нижних отделов грудной клетки больного эмфиземой легких перкуторный звук:

притупленный

тупой

+коробочный

тимпанический

2 # Сравнительная перкуссия легких выполняется для определения:

границ легких

+наличие патологического очага

подвижности нижнего легочного края

3# Левый контур тупости сердца образован:

+левая часть дуги аорты, легочный ствол, левое предсердие и левый желудочек

левая часть дуги аорты, левое предсердие и левый желудочек

левая часть дуги аорты и левый желудочек

левый желудочек.

4# Поперечник сердца равен:

2-4 см

6-7 см

+11-13 см

1 см

5# Левая граница сердца образуется:

верхушкой правого желудочка

верхушкой левого желудочка

левым предсердием

+левым предсердием и желудочком

6# Поперечник и длинник селезенки в норме равен соответственно:

+4-6 и 6-8 см

3-4 и 5-7 см

5-7 и 9-10 см

7# При перкуссии легких линия Элиса-Дамуазо определяется:

гидроторакс

пневмоторакс

+экссудативный плеврит

8# Каким отделом сердца образована абсолютная сердечная тупость:

левым желудочком

левым предсердием

+правым желудочком

правым предсердием.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Вопросы по практическим навыкам**

1. Симптом Пастернацкого
2. Сравнительная перкуссия легких спереди
3. Сравнительная перкуссия легких сзади
4. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких спереди
5. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких сзади
6. Определение полей Кренига
7. Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии
8. Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии
9. Определение нижней границы легких по лопаточной линии
10. Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии
11. Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости
12. Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости
13. Определение ширины сосудистого пучка
14. Определение поперечника сердца
15. Определение абсолютной сердечной тупости
16. Определение первого размера печени по Курлову
17. Перкуссия селезенки
18. Перкуторное определение жидкости в брюшной полости
19. Перкуссия печени по Курлову
20. Перкуторное определение размеров поперечника сердца
21. Перкуссия абсолютной сердечной тупости

**Общие правила и методика проведения** **перкуссии легких, сердца, печени и селезенки.**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной тупости
2. Поперечник сердца
3. Ширина сосудистого пучка
4. Перкуссия печени по Курлову
5. Перкуссия селезенки.

Провести перкуссию, согласно, ниже описанным правилам.

Перкуссию сердца удобнее всего производить при спокойном вертикальном (стоячем или сидячем) положении больного. Руки его должны быть опущены или положены на колени. Перкуссия сердца проводится для определения величины, положения, конфигурации сердца и сосудистого пучка. Применяют тихую перкуссию. Перкутируют сверху вниз по вертикальным линиям, как при определении нижних границ правого легкого.

При перкуссии печени применяют тихую перкуссию. Для оценки размеров печени М.Г. Курлов предложил производить измерение печеночной тупости по трем линиям. Первое измерение осуществляется по правой средне-ключичной линии. По средне-ключичной линии палец-плессиметр устанавливают параллельно межреберьям, над заведомо легочной тканью, и перкутируют вниз. Место перехода ясного легочного звука в притупленный соответствует верхней границе печени. Отметив границу печени по верхнему краю пальца, палец-плессиметр смещают вниз (до уровня гребня подвздошной кости) и по средне-ключичной линии перкутируют вверх. Место перехода тимпанического перкуторного звука к притупленному соответствует нижней границе печени. Размер печени по этой линии в норме составляет 9-10 см.

В двух последующих измерениях за верхнюю точку печеночной тупости условно принимается место пересечения перпендикуляра, проведенного от верхней границы печени по правой средне-ключичной линии к срединной линии тела. При определении второго размера печени палец-плессиметр устанавливают на уровне пупка (или ниже) по срединной линии и перкутируют вверх от тимпанита до притупления перкуторного тона. Второй размер печени по Курлову составляет 8-9 см.

Третий размер печени определяется по левой реберной дуге. Палец-плессиметр устанавливается перпендикулярно реберной дуге на уровне VIII-IX ребер и перкутируют вправо непосредственно под краем реберной дуги до места перехода тимпанического звука (в области пространства Траубе) в тупой. У здорового человека этот размер составляет 7-8 см.

При перкуссии селезенки определяют вертикальный и передне-задний размеры органа. Исследование проводится в положении больного на спине или стоя, а также в положении на правом боку. Для определения верхней и нижней границ перкуссия производится по средней подмышечной линии. Притупление, соответствующее местоположению селезенки, занимает область от IX-ого до XI-ого ребра. Ширину селезенки методом перкуссии определяют по 10-ому ребру или параллельно ему по середине вертикального размера органа. Она составляет 4-7 см.

При перкуссии почек используют метод поколачивания кулаком правой руки по тылу левой руки, положенной на поясничную область. Можно производить поколачивание непосредственно локтевым краем выпрямленной ладони правой руки по поясничной области. Ощущение болезненности в поясничной области является положительным результатом исследования (положительный симптом Пастернацкого).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно перкутируют тематических больных. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тема 6** *Методы исследования больного: методика и техника аускультации легких. Аускультация легких (история вопроса, посредственная, непосредственная), сравнительная аускультация легких. Основные и дополнительные дыхательные шумы в норме и патологии. Понятие о бронхофонии.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* тесты;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

* 1. Охарактеризуйте везикулярное дыхание, причины его усиления?
  2. Крепитация: причины, механизм возникновения, характеристика

Вариант 2

1. Патологическое бронхиальное дыхание, его виды.
2. Классификация хрипов?

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Аускультация как метод физикального исследования.
2. История аускультации. Что такое посредственная, непосредственная аускультация?
3. Методика сравнительной аускультации легких.
4. Основные дыхательные шумы в норме и патологии.
5. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры). Механизм образования.
6. Понятие о бронхофонии.

**Тестовые задания**

Вариант 1

1# Метод аускультации впервые был открыт:

Ауэнбруггером

+Лаэннеком

Корвизаром

Боткиным

2# При эмфиземе легких дыхание:

везикулярное

бронхиальное

жесткое

+везикулярное ослабленное

3# Почему после откашливания уменьшается количество басовых сухих хрипов:

уменьшается бронхоспазм

уменьшается отек слизистой бронхов

+откашливается вязкая мокрота

4# Систолический шум над верхушкой сердца характерен для:

+недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

митрального стеноза

аортального стеноза

5# При уплотнении легочной ткани определяется дыхание:

ослабленное везикулярное

+бронхиальное

жесткое

бронховезикулярное

6# При аускультации крепитация выслушивается:

только на вдохе

только на выдохе

на вдохе и выдохе

7# Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов:

вязкая мокрота в крупных бронхах

вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

+жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани

жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение окружающей легочной ткани

Вариант 2

1# Бронхиальное дыхание выслушивается:

на вдохе

на выдохе

+на вдохе и выдохе

на вдохе и первой трети выдоха

2# Сухие хрипы образуются при:

разлипании стенок альвеол

+набухании слизистой бронхов и их спазме

наличии жидкой мокроты в просвете бронха

инфильтрации легочной ткани.

3# Бронхиальное дыхание по типу «амфорического» выслушивается:

+полости в легком, сообщающейся с бронхом

эмфиземе легких

обтурационном ателектазе

гидроторакс

4# В норме над легочными полями выслушивается дыхание:

бронхиальное

+везикулярное

ослабленное

легочное

5# Бронхиальное дыхание выслушивается:

на вдохе

на выдохе

+на вдохе и выдохе

на вдохе и первой трети выдоха

6# С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких – надавливание стетоскопом на грудную клетку:

+с целью отличить шум трения плевры от крепитации и хрипов

для выявления скрытой бронхиальной обструкции

с целью отличить сухие хрипы от влажных

с целью отличить хрипы от крепитации или шума трения плевры

для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

7# Студент при аускультации больного с болями в грудной клетке выслушал шумы в обе фазы дыхания, напоминающий хруст снега под ногами. Как называется данный аускультативный феномен:

+шум трения плевры

крепитация

сухие хрипы

влажные хрипы

бронхиальное дыхание

8# Диастолический шум над верхушкой сердца характерен для:

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

+митрального стеноза

аортального стеноза

**Вопросы по практическим навыкам**

**Общие правила и методика проведения** **аускультации легких.**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Аускультация легких спереди
2. Аускультация легких сзади.

Провести аускультацию легких, согласно, ниже описанным правилам.

Правила и техника аускультации

• Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, чтобы никакие посторонние шумы не заглушали выслушиваемые врачом звуки, и комфортная температура воздуха, чтобы больной мог находиться без рубашки.

• Во время аускультации больной стоит или сидит на стуле, в постели. Тяжелых больных выслушивают в положении лежа.

• Необходима герметизация системы "тело больного - ухо врача". Во время выслушивания стетоскоп нужно плотно, всей окружностью, прижать к коже больного, но не оказывать очень большого давления, иначе произойдет ослабление вибрации ткани в зоне прилегания стетоскопа, вследствие чего становятся тише также и выслушиваемые звуки. Стетоскоп врач плотно удерживает двумя пальцами. При густом волосяном покрове участок кожи, где производится выслушивание, можно смочить водой, чем устраняется возникновение дополнительных звуков.

• В ряде случаев следует пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных и сердечных шумов после кашля, физической нагрузки, при задержке дыхания, перемене положения тела и т.п. В частности, после выделения мокроты, выслушиваемые ранее в легких хрипы могут исчезнуть или изменить свой характер. Во время исследования, в соответствии с поставленной задачей, врач может менять положение больного. Например, диастолический шум аортальной недостаточности лучше выслушивается в положении больного сидя или стоя, а диастолический шум митрального стеноза - если больной лежит, особенно на левом боку. Необходимо также регулировать дыхание больного, а в некоторых случаях ему предлагают покашлять.

• Одно из основных правил аускультации требует, чтобы врач всегда пользовался тем аппаратом, к которому он привык. Необходимы также достаточные теоретические знания у врача, чтобы он мог правильно трактовать выслушиваемые звуки, и постоянные тренировки, приобретение навыка выслушивания. Только в этом случае аускультация как метод исследования раскрывает перед врачом все свои возможности.

Выслушиваемые при аускультации легких звуковые явления, возникающие в связи с актом дыхания, называются дыхательными шумами (murmura espiratoria). Различают основные (везикулярное и ларинго-трахеальное дыхание) и побочные (крепитация, хрипы, шум трения плевры) дыхательные шумы.

Правила аускультации легких

• Положение больного может быть различным, но лучше всего выслушивать сидячего больного. Руки обследуемого должны быть положены на колени.

• Аускультацию легких начинают с передней поверхности грудной клетки. Выслушивают строго симметричные участки, начиная с надключичных ямок постепенно перемещая фонендоскоп вниз и в стороны к средне-подмышечной линии.

• Затем выслушивают заднюю поверхность грудной клетки, начиная с надлопаточных областей, переходя к межлопаточному пространству и подлопаточной области. При этом пациента просят свести на груди руки, чтобы максимально «обнажить» легочную ткань в межлопаточном пространстве.

• При аускультации легких сначала оценивают основные дыхательные шумы. При этом больной должен дышать глубоко и равномерно, через нос, не очень форсированно.

• Лишь после этого, на фоне глубокого дыхания через рот, определяют наличие дополнительных шумов - хрипов, крепитации, шума трения плевры. Для лучшей дифференциации патологических шумов аускультацию повторяют после покашливания.

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно проводят отработку аускультации легких. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тема 7** *Методы исследования больного: аускультация сердца. Тоны сердца основные и дополнительные. Основные свойства тонов: сила, тембр, расщепление, раздвоение, их изменение при патологии.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* отработка практических навыков;
* тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Напишите последовательность аускультации сердца.
2. Охарактеризуйте ритм «галопа».

Вариант 2

1. Перечислите характеристики сердечных тонов.
2. Охарактеризуйте ритм «перепела».

**Вопросы для устного опроса:**

1. Механизм образования 1 и 2 тонов сердца, аускультативные точки.
2. Изменения тонов сердца в норме и патологии (сила, тембр, расщепление, раздвоение).
3. Понятие о ритме «перепела» и «галопа», маятникообразном ритме, эмбриокардии.

**Тестовые задания**

Вариант 1

1# Усиление I тона на верхушке сердца (хлопающий) встречается при:

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

+митрального стеноза

аортального стеноза

2# У больного сердечная астма, на основании сердца выслушивается:

акцент II тона на аорте

+акцент II тона на легочном стволе

ослабление II тона на аорте

ослабление II тона на легочном стволе

3# Какое утверждение в отношении аускультации сердца не верно:

последовательность выслушивания клапанов сердца обусловлена частотой поражения клапанов

в норме во всех аускультативных точках выслушиваются I и II тоны сердца

+после I тона следует большая пауза

звучность II тона оценивается на основании сердца

4# Ослабление II тона во II межреберье справа у края грудины встречается при всех перечисленных состояниях, кроме:

аортальный стеноз

+ артериальная гипертония

недостаточность аортального клапана

гипотония.

5# Точка аускультации второго тона:

верхушка сердца;

+ второе межреберье справа;

у основания мечевидного отростка;

точка Боткина–Эрба.

6# Составными компонентами II тона являются все перечисленные, кроме:

сосудистый компонент

открытие атриовентрикулярных клапанов

+ сокращение желудочков

закрытие полулунных клапанов

7#Точка выслушивания трехстворчатого клапана:

II межреберье справа;

II межреберье слева;

+у основания мечевидного отростка;

верхушка сердца

Вариант 2

1# Ритм галопа встречается:

+тяжелом поражении сердца

пролапсе митрального клапана

артериальной гипертонии

2# При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»:

митральной недостаточности

+при стенозе митрального отверстия

аортальной недостаточности

3# Точка аускультации второго тона:

верхушка сердца;

+ второе межреберье справа;

у основания мечевидного отростка;

точка Боткина–Эрба.

4# Метод аускультации впервые был открыт:

Ауэнбруггером;

+Лаэннеком;

Корвизаром;

Боткиным.

5#Точка выслушивания трехстворчатого клапана:

II межреберье справа;

II межреберье слева;

+у основания мечевидного отростка;

верхушка сердца

6# У больного сердечная астма, на основании сердца выслушивается:

акцент II тона на аорте

+акцент II тона на легочном стволе

ослабление II тона на аорте

ослабление II тона на легочном стволе

7# При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»:

митральной недостаточности

+при стенозе митрального отверстия

аортальной недостаточности

**Общие правила и методика проведения** **аускультации сердца.**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Аускультация сердца.

Провести аускультацию сердца, согласно, ниже описанным правилам.

Правила и техника аускультации

• Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, чтобы никакие посторонние шумы не заглушали выслушиваемые врачом звуки, и комфортная температура воздуха, чтобы больной мог находиться без рубашки.

• Во время аускультации больной стоит или сидит на стуле, в постели. Тяжелых больных выслушивают в положении лежа.

• Необходима герметизация системы "тело больного - ухо врача". Во время выслушивания стетоскоп нужно плотно, всей окружностью, прижать к коже больного, но не оказывать очень большого давления, иначе произойдет ослабление вибрации ткани в зоне прилегания стетоскопа, вследствие чего становятся тише также и выслушиваемые звуки. Стетоскоп врач плотно удерживает двумя пальцами. При густом волосяном покрове участок кожи, где производится выслушивание, можно смочить водой, чем устраняется возникновение дополнительных звуков.

• В ряде случаев следует пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных и сердечных шумов после кашля, физической нагрузки, при задержке дыхания, перемене положения тела и т.п. В частности, после выделения мокроты, выслушиваемые ранее в легких хрипы могут исчезнуть или изменить свой характер. Во время исследования, в соответствии с поставленной задачей, врач может менять положение больного. Например, диастолический шум аортальной недостаточности лучше выслушивается в положении больного сидя или стоя, а диастолический шум митрального стеноза - если больной лежит, особенно на левом боку. Необходимо также регулировать дыхание больного, а в некоторых случаях ему предлагают покашлять.

• Одно из основных правил аускультации требует, чтобы врач всегда пользовался тем аппаратом, к которому он привык. Необходимы также достаточные теоретические знания у врача, чтобы он мог правильно трактовать выслушиваемые звуки, и постоянные тренировки, приобретение навыка выслушивания. Только в этом случае аускультация как метод исследования раскрывает перед врачом все свои возможности.

Выслушивание сердца является наиболее ценным из физикальных методов исследования. На практике, в основном, пользуются аускультацией с помощью стетоскопа или фонендоскопа, а также непосредственным выслушиванием сердца ухом (по В.П. Образцову).

Если позволяет состояние больного, сердце нужно выслушивать последовательно - в положении лежа (на спине), стоя и после физической нагрузки (10 приседаний). Чтобы дыхательные шумы не мешали выслушиванию звуков, исходящих из сердца, перед его выслушиванием необходимо предложить больному сделать глубокий вдох, полный выдох и в этом положении задержать дыхание. Нельзя слишком долго заставлять не дышать - это может вызвать нарушение ритма.

Для правильной оценки данных аускультации необходимо знать места лучшего выслушивания звуковых явлений, связанных с тем или иным клапаном. Проекции клапанов на переднюю грудную стенку расположены близко друг от друга. Митральный клапан проецируется слева у грудины в области прикрепления IV-ого ребра, трехстворчатый - на середине расстояния между местом прикрепления к грудине хряща III-его ребра слева и хряща V-ого ребра справа. Клапан легочного ствола проецируется во втором межреберье слева от грудины, клапан аорты - посередине грудины на уровне третьих грудных хрящей.

Однако выслушивание звуков сердца зависит не только от места возникновения звуковых колебаний, но и от их проведения по току крови и прилегания к грудной стенке отдела сердца, в котором они образуются. Это позволяет найти на грудной стенке зоны наилучшего выслушивания звуковых явлений, связанных с работой каждого клапана.

Выслушивание звуков, образующихся при работе клапанов сердца, проводится в определенной последовательности: митральный клапан, полулунный клапан аорты, полулунный клапан легочной артерии, трехстворчатый клапан. Такая очередность аускультации объясняется частотой их поражения и возможностью сравнения звуковой картины в различных точках.

Первая точка аускультации, верхушка сердца – место выслушивания митрального клапана. Во II-ом межреберье у правого края грудины выслушивается аортальный клапан (вторая точка). В симметричной точке во II-ом межреберье у левого края грудины - клапан легочной артерии (третья точка). У основания мечевидного отростка справа, где прикрепляется Y ребро к грудине - место выслушивания трехстворчатого клапана (четвертая точка). Точка Боткина-Эрба (III-е межреберье у левого края грудины) - дополнительная точка. В область точки Боткина-Эрба часто проводятся шумы (пятая точка).

При аускультации оцениваются звуки, возникающие в сердце при его работе (тоны, шумы).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно проводят отработку аускультации сердца. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тема 8** *Методы исследования больного: аускультация сердца. Классификация шумов, механизм их образования, диагностическое значение. Тестирование.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* отработка практических навыков;
* тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Описать шум при митральном стенозе.
2. Шум Флинта.

Вариант 2

1. Описать шум при стенозе устья аорты.
2. Шум Грехома-Стила.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

Классификация сердечных шумов, механизм возникновения.

1. Понятие об органических и функциональных шумах. Их дифференциация и диагностическое значение.
2. Места наилучшего выслушивания, их проведение.

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Аускультация сердца.

Провести аускультацию сердца, согласно, ниже описанным правилам.

Правила и техника аускультации

• Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, чтобы никакие посторонние шумы не заглушали выслушиваемые врачом звуки, и комфортная температура воздуха, чтобы больной мог находиться без рубашки.

• Во время аускультации больной стоит или сидит на стуле, в постели. Тяжелых больных выслушивают в положении лежа.

• Необходима герметизация системы "тело больного - ухо врача". Во время выслушивания стетоскоп нужно плотно, всей окружностью, прижать к коже больного, но не оказывать очень большого давления, иначе произойдет ослабление вибрации ткани в зоне прилегания стетоскопа, вследствие чего становятся тише также и выслушиваемые звуки. Стетоскоп врач плотно удерживает двумя пальцами. При густом волосяном покрове участок кожи, где производится выслушивание, можно смочить водой, чем устраняется возникновение дополнительных звуков.

• В ряде случаев следует пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных и сердечных шумов после кашля, физической нагрузки, при задержке дыхания, перемене положения тела и т.п. В частности, после выделения мокроты, выслушиваемые ранее в легких хрипы могут исчезнуть или изменить свой характер. Во время исследования, в соответствии с поставленной задачей, врач может менять положение больного. Например, диастолический шум аортальной недостаточности лучше выслушивается в положении больного сидя или стоя, а диастолический шум митрального стеноза - если больной лежит, особенно на левом боку. Необходимо также регулировать дыхание больного, а в некоторых случаях ему предлагают покашлять.

• Одно из основных правил аускультации требует, чтобы врач всегда пользовался тем аппаратом, к которому он привык. Необходимы также достаточные теоретические знания у врача, чтобы он мог правильно трактовать выслушиваемые звуки, и постоянные тренировки, приобретение навыка выслушивания. Только в этом случае аускультация как метод исследования раскрывает перед врачом все свои возможности.

Выслушивание сердца является наиболее ценным из физикальных методов исследования. На практике, в основном, пользуются аускультацией с помощью стетоскопа или фонендоскопа, а также непосредственным выслушиванием сердца ухом (по В.П. Образцову).

Если позволяет состояние больного, сердце нужно выслушивать последовательно - в положении лежа (на спине), стоя и после физической нагрузки (10 приседаний). Чтобы дыхательные шумы не мешали выслушиванию звуков, исходящих из сердца, перед его выслушиванием необходимо предложить больному сделать глубокий вдох, полный выдох и в этом положении задержать дыхание. Нельзя слишком долго заставлять не дышать - это может вызвать нарушение ритма.

Для правильной оценки данных аускультации необходимо знать места лучшего выслушивания звуковых явлений, связанных с тем или иным клапаном. Проекции клапанов на переднюю грудную стенку расположены близко друг от друга. Митральный клапан проецируется слева у грудины в области прикрепления IV-ого ребра, трехстворчатый - на середине расстояния между местом прикрепления к грудине хряща III-его ребра слева и хряща V-ого ребра справа. Клапан легочного ствола проецируется во втором межреберье слева от грудины, клапан аорты - посередине грудины на уровне третьих грудных хрящей.

Однако выслушивание звуков сердца зависит не только от места возникновения звуковых колебаний, но и от их проведения по току крови и прилегания к грудной стенке отдела сердца, в котором они образуются. Это позволяет найти на грудной стенке зоны наилучшего выслушивания звуковых явлений, связанных с работой каждого клапана.

Выслушивание звуков, образующихся при работе клапанов сердца, проводится в определенной последовательности: митральный клапан, полулунный клапан аорты, полулунный клапан легочной артерии, трехстворчатый клапан. Такая очередность аускультации объясняется частотой их поражения и возможностью сравнения звуковой картины в различных точках.

Первая точка аускультации, верхушка сердца – место выслушивания митрального клапана. Во II-ом межреберье у правого края грудины выслушивается аортальный клапан (вторая точка). В симметричной точке во II-ом межреберье у левого края грудины - клапан легочной артерии (третья точка). У основания мечевидного отростка справа, где прикрепляется Y ребро к грудине - место выслушивания трехстворчатого клапана (четвертая точка). Точка Боткина-Эрба (III-е межреберье у левого края грудины) - дополнительная точка. В область точки Боткина-Эрба часто проводятся шумы (пятая точка).

При аускультации оцениваются звуки, возникающие в сердце при его работе (тоны, шумы).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно проводят отработку аускультации сердца. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тестовое задание для контроля знаний по 1 модулю**

Вариант 1

Выберете правильный вариант ответа

1. Какой метод следует назвать субъективным методом обследования:

а) расспрос пациента (или его родственников);

б) осмотр пациента;

в) пальпация;

г) перкуссия.

2. Типичные жалобы при заболеваниях органов дыхания:

а) кашель, сонливость, диарея;

б) одышка, сердцебиение, АД;

в) кашель, температура, одышка;

г) одышка, отеки, раздражительность.

3. Экспираторная одышка – это:

а) трудно вдохнуть;

б) трудно выдохнуть;

в) трудно вдохнуть и выдохнуть;

г) трудно дышать лежа.

4. Инспираторная одышка – это:

а) трудно вдохнуть;

б) трудно выдохнуть;

в) трудно вдохнуть и выдохнуть;

г) трудно дышать лежа.

5. Симптомы заболевания сердца:

а) боль, отеки, раздражительность;

б) сердцебиение, боль, сонливость;

в) боль, сердцебиение, отеки;

г) отеки, сердцебиение, анорексия.

6. Для заболеваний поджелудочной железы характерны:

а) боли в правом подреберье;

б) боли в эпигастральной области или левом подреберье с иррадиацией в

спину;

в) боли в эпигастральной области, проходящие после приема пищи;

г) боли в околопупочной области.

7. Характерные симптомы заболевания почек:

а) ортопноэ, кровохарканье, отеки голени;

б) анемия, диарея, жажда;

в) боль в пояснице, отеки, изменение мочи;

г) булимия, апатия, полиурия.

8. К факторам риска различных заболеваний относят:

а) курение

б) алкоголизм

в) боли

г) пол, возраст.

9. При расспросе больного с жалобами на боли в сердце необходимо

выяснить:

а) связь болей с физической нагрузкой, стрессом

б) локализацию болей

в) характер

г) обстоятельства, способствующие исчезновению болей.

10. Какие жалобы характерны для легочного больного:

а) кашель

б) одышка

в) частое мочеиспускание

г) кровохарканье.

11. Характеризуйте почечные отеки:

а) начинаются на лице, мягкие;

б) больной встает с отеками, кожные покровы бледные;

в) отеки усиливаются к вечеру после физической нагрузки;

г) в начальных стадиях заболевания – на нижних конечностях;

д) отеки плотные, цианотичные.

12. Пациент просит о помощи, стонет из-за резкой боли в правом подреберье, иррадиирующей в правое предплечье, отмечает неоднократную рвоту, ознобы, повышение температуры до 40° С, крайне беспокоен, не находит себе места, язык сухой, обложен. Определите состояние больного:

а) удовлетворительное;

б) средней тяжести;

в) тяжелое;

г) терминальное.

13. Больной постоянно находится как бы в состоянии сна (глаза закрыты, лицо амимично), пробуждается только на окрик или тормошение (неосмысленно отвечает на вопросы, глотает пищу или воду, поворачивается в постели) и снова засыпает.

Определите состояние пациента:

а) ясное;

б) ступор (состояние оглушения);

в) сопор;

г) кома;

д) обморок;

е) бред.

14. Мужчина, 45 лет, рост 186 см, вес 67 кг, худощавый. Конечности длинные, грудная клетка удлинена.

Определите конституционный тип пациента.

а) нормостенический;

б) гиперстенический;

в) гипостенический.

15. Больная В., 54 года, поступила в стационар для клинического обследования, активная, свободно вступает в контакт с больными, выходит в коридор. Полностью способна себя обслужить. Каких-либо изменений при осмотре кожных покровов и видимых слизистых оболочках не выявляется. Дайте оценку состояния больной по степени тяжести.

а) удовлетворительное;

б) средней тяжести;

в) тяжелое;

г) терминальное.

16. При заболеваниях сердечно-сосудистой системы появление отеков характерно:

а) на лице;

б) на нижних конечностях;

в) в брюшной полости;

г) все ответы верны.

17. «Голова медузы» - это:

а) расширение вен передней брюшной стенки;

б) расширение вен задней брюшной стенки;

в) расширение вен нижних конечностей;

г) расширение вен верхних конечностей.

18. Постепенное нарастание глубины дыхательных движений с последующим уменьшением до полной остановки дыхания — это дыхание:

а) Биота;

б) Грокка;

в) Куссмауля;

г) Чейна—Стокса.

19. При осмотре сердечной области можно выявить:

а) пульсацию верхушечного толчка;

б) размеры сердца;

в) размеры сосудистого пучка;

г) симптом «кошачьего мурлыканья».

20. Диффузный цианоз характерен для:

а) печеночной недостаточности;

б) почечной недостаточности;

в) сердечной недостаточности;

г) дыхательной недостаточности.

21. Бронзовая окраска кожи наблюдается при патологии:

а) гипофиза;

б) надпочечников;

в) поджелудочной железы;

г) щитовидной железы.

22. Что позволяет определить пальпация грудной клетки:

а) эластичность грудной клетки

б) крепитацию

в) болезненность грудной клетки

г) голосовое дрожание.

23. Болезненность при пальпации грудной клетки может быть при всех патологиях, кроме:

а) эмфиземе легких

б) сухом плеврите

в) переломах ребер

г) межреберной невралгии.

24. Усиление голосового дрожания типично для:

а) гидроторакса

б) абсцесса легкого в стадии полости

в) эмфиземы легких

г) полного обтурационного ателектаза.

25. Для каких состояний нетипично усиление голосового дрожания:

а) пневмония

б) инфаркт легкого

в) инфильтративный туберкулез

г) пневмоторакс.

26. Площадь верхушечного толчка в норме составляет:

а) 0,5 см

б) 4см

в) 2 см

г) 6 см.

27. Голосовое дрожание ослаблено при:

а) уплотнении легочной ткани (пневмония);

б) образование в легком полости, сообщающейся с бронхом (полость абсцесса, каверна или туберкулез легких);

в) скопление в полости плевры жидкости.

28. Нижняя граница легких по передней подмышечной линии соответствует ребру:

а) V;

б) VI;

в) VII;

г) VIII.

29. Селезенка в норме:

а) пальпируется в левом подреберье;

б) пальпируется в правом подреберье;

в) пальпируется в левой подвздошной области;

г) Не пальпируется.

30. Влияет ли содержание воздуха в легких на перкуторный звук, возникающий при перкуссии грудной клетки:

а) влияет: чем больше содержится воздуха в легких, тем перкуторный звук над этим участком грудной клетки будет громче и ниже;

б) влияет: чем больше содержится воздуха в легких, тем перкуторный звук над этим участком грудной клетки будет тише и выше;

в) влияет: чем меньше содержится воздуха в легких, тем перкуторный звук над этим участком грудной клетки будет громче и ниже;

г) не влияет.

31. Какой перкуторный звук вы ожидаете получить над уплотненным участком легкого (например, при воспалении легкого):

а) ясный легочный;

б) тупой;

в) коробочный;

г) тимпанический.

32. При выстукивании грудной клетки над опорожнившейся полостью легких (полость абсцесса легкого или каверна при туберкулезе легких) перкуторный звук ожидается:

а) притупленный;

б) тупой;

в) ясный легочный;

г) тимпанический.

33. Тупой перкуторный звук образуется при выстукивании у здорового человека в области:

а) желудка;

б) тонкого кишечника;

в) толстого кишечника;

г) бедра, плеча.

34. При одинаковой силе удара коробочный перкуторный звук:

а) слышится громче, чем ясный легочный;

б) слышится тише, чем ясный легочный;

в) не отличается по силе звучания от ясного легочного.

35. Какой перкуторный звук получают над здоровыми легкими:

а) тимпанический

б) ясный

в) притупленный

г) тупой.

36. Нижняя гарница легкого может смещаться вверх при всех состояниях, кроме:

а) пневмосклерозе

б) высоком давлении в брюшной полости

в) эмфиземе легких

г) обтурационном ателектазе.

37. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

а) тимпанит

б) коробочный

в) тупой

г) тимпанический с металлическим оттенком.

38. Каким отделом сердца образована абсолютная сердечная тупость:

а) левым желудочком

б) левым предсердием

в) правым желудочком

г) правым предсердием.

39. Границы абсолютной сердечной тупости расширены во всех случаях, кроме:

а) гидроперикард

б) эмфизема легких

в) левосторонний ателектаз

г) гипертрофия правого желудочка.

40. Сосудистый пучок равен:

а) 2-3 см

б) 6-7 см

в) 13-15 см

г) 1 см.

41. При синдроме скопления жидкости в плевральной полости перкуторный звук:

а) коробочный;

б) тимпанический;

в) тупой;

г) ясный.

42. Метод аускультации впервые был открыт:

а) Ауэнбруггером;

б) Лаэннеком;

в) Корвизаром;

г) Боткиным.

43. При эмфиземе легких дыхание:

а) везикулярное

б) бронхиальное

в) жесткое

г) везикулярное ослабленное.

44. Сухие хрипы образуются при:

а) разлипании стенок альвеол

б) набухании слизистой бронхов и их спазме

в) наличии жидкой мокроты в просвете бронха

г) инфильтрации легочной ткани.

45. Бронхиальное дыхание по типу «амфорического» выслушивается:

а) полости в легком, сообщающейся с бронхом

б) эмфиземе легких

в) обтурационном ателектазе

г) гидроторакс.

46. Усиление I тона на верхушке сердца (хлопающий) встречается при:

а) недостаточности митрального клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) митрального стеноза

г) аортального стеноза.

47. Ослабление II тона во II межреберье справа у края грудины встречается при всех перечисленных состояниях, кроме:

а) аортальный стеноз

б) артериальная гипертония

в) недостаточность аортального клапана

г) гипотония.

48. Какое утверждение в отношении аускультации сердца не верно:

а) последовательность выслушивания клапанов сердца обусловлена частотой

поражения клапанов

б) в норме во всех аускультативных точках выслушиваются I и II тоны сердца

в) после I тона следует большая пауза

г) звучность II тона оценивается на основании сердца.

49. Точка аускультации второго тона:

а) верхушка сердца;

б) второе межреберье справа;

в) у основания мечевидного отростка;

г) точка Боткина–Эрба.

50. Механизм образования крепитации:

а) скопившийся в бронхах воспалительный экссудат образует нити, натянутые между стенками бронхов, или свободно свисающие язычки, колеблющиеся при прохождении воздуха;

б) воспалительный экссудат заполняет только отдельные участки бронхов так, что воздух при дыхании через них проходит, но отдельными пузырьками;

в) появляющееся в альвеолах небольшое количество жидкости (воспалительный экссудат или отечная жидкость, или кровь) смачивает стенки альвеол, которые при дыхании издают звуки разлипания;

г) альвеолы и бронхи в соответствующих участках полностью заполнены воспалительным экссудатом, препятствующим прохождение воздуха.

Вариант 2

Выберете правильный вариант ответа

1. Какой симптом не является признаком поражения почечной системы:

а) боли в поясничной области

б) отеки на лице

в) боли в сердце, иррадиирующие под лопатку

г) дизурические расстройства.

2. Какая жалоба не характерна для поражения желудочно-кишечного

тракта:

а) изжога

б) диарея

в) рвота

г) частое мочеиспускание.

3. Для какой легочной патологии характерна экспираторная одышка:

а) плеврит

б) бронхиальная астма

в) абсцесс легкого

г) пневмония.

4. Инспираторная одышка – это:

а) трудно вдохнуть;

б) трудно выдохнуть;

в) трудно вдохнуть и выдохнуть;

г) трудно дышать лежа.

5. Симптом, не характерный для желудочного кровотечения:

а) рвота с примесью крови;

б) черный дегтеобразный стул;

в) цианоз;

г) бледность кожных покровов.

6. Субъективный метод обследования пациента:

а) аускультация;

б) опрос;

в) осмотр;

г) пальпация.

7. Больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не предъявляют

жалоб на:

а) кожный зуд

б) одышка

в) сердцебиение

г) отеки на ногах.

8. Какие жалобы характерны для легочного больного:

а) кашель

б) одышка

в) частое мочеиспускание

г) кровохарканье.

9. Характеризуйте отеки при сердечной недостаточности:

а) начинаются на лице, мягкие;

б) больной встает с отеками, кожные покровы бледные;

в) отеки усиливаются к вечеру после физической нагрузки;

г) в начальных стадиях заболевания – на нижних конечностях;

д) отеки плотные, цианотичные.

10. Пациент не реагирует на окружающее, не отвечает на вопросы, стонет, лицо с серовато-синюшным оттенком, пастозное, взгляд безразличный, глаза слезящиеся. Имеются генерализованные массивные отеки (анасарка), скопление жидкости в полостях (брюшной, плевральной). Определите состояние больного:

а) удовлетворительное;

б) средней тяжести;

в) тяжелое;

г) терминальное.

11. Пациент хорошо ориентирован в окружающем пространстве и времени, легко вступает в контакт, правильно отвечает на вопросы.

Определите состояние пациента:

а) ясное;

б) ступор (состояние оглушения);

в) сопор;

г) кома;

д) обморок;

е) бред.

12. Мужчина, 63 года, рост 165 см, вес 93 кг, коренастный, плотный. Живот значительных размеров, конечности короткие.

Определите конституционный тип пациента.

а) нормостенический;

б) гиперстенический;

в) гипостенический.

13. Больной Б., 38 лет, шофер по профессии, доставлен в больницу машиной скорой помощи с температурой 39-40°С. Накануне переохладился (в результате автомобильной аварии попал в прорубь с ледяной водой). При осмотре занимает положение на правом боку, так как в этом положении уменьшаются боли в правой половине грудной клетки. Имеется румянец на правой щеке, глаза блестящие, на крыльях носа имеются гепретические высыпания. Кожные покровы влажные на ощупь. Число дыханий 26-28 в мин. Дайте оценку состояния больного по степени тяжести.

а) удовлетворительное;

б) средней тяжести;

в) тяжелое;

г) терминальное.

14. Частота дыхания в норме:

а) 10-12 в мин;

б) 16-20 в мин;

в) 20-25 в мин;

г) 18-23 в мин.

15. Ярко-красные ладони бывают:

а) при заболевании почек;

б) заболевании желудка;

в) заболевании печени;

г) заболевании желчного пузыря.

16. Патологическая форма грудной клетки:

а) астеническая;

б) бочкообразная;

в) гиперстеническая;

г) нормостеническая.

17. Глубокое шумное редкое дыхание — это дыхание;

а) Биота;

б) Грокка;

в) Куссмауля;

г) Чейна—Стокса.

18. Акроцианоз характерен для:

а) печеночной недостаточности;

б) почечной недостаточности;

в) сердечной недостаточности;

г) дыхательной недостаточности.

19. Телеангиоэктазии появляются:

а) при хронической почечной недостаточности;

б) хронической дыхательной недостаточности;

в) циррозе печени;

г) панкреатите.

20. Лимфатические узлы в норме:

а) видны при общем осмотре;

б) не видны и не пальпируются;

в) не видны, но пальпируются подключичные;

г) не видны, но пальпируются подколенные.

21. При каких заболеваниях пальпаторно определяется увеличение печени:

а) гастрит

б) острый гепатит

в) рак печени

г) дуаденит.

22. Эластичность грудной клетки снижается при:

а) обтурационном ателектазе

б) эмфиземе легких

в) застое в малом круге кровообращения

г) абсцессе легкого.

23. Ослабление голосового дрожания типично для:

а) бронхоэктазов

б) эксудативного плеврита

в) очаговой пневмонии

г) массивного очага пневмосклероза.

24. В норме верхушечный толчок расположен:

а) в VI межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

б) в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

в) в V межреберье по левой средне-ключичной линии

г) в IV межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии.

25. Феномен «голосового дрожания» - это:

а) накопление вязкого экссудата в альвеолах;

б) тип дыхания;

в) вид побочного дыхательного шума;

г)пальпаторное определение проводимости голоса на поверхность грудной клетки.

26. Что приводит к ослаблению голосового дрожания над всей поверхностью грудной клетки:

а) кахексия;

б) ожирение I-II степени;

в) гиперстеническая конституция;

г) астеническая конституция;

д) воспалительный процесс в легком;

е) эмфизема легких;

ж) скопление жидкости в плевральной полости;

з) обтурационный ателектаз легкого;

и) высокий голос обследуемого;

к) воздух в плевральной полости.

27. Качество пульса, характеризующее состояние сосудистой стенки:

а) наполнение;

б) напряжение;

в) ритм;

г) частота.

28. Нижняя граница легких по средней подмышечной линии соответствует ребру:

а) V;

б) VI;

в) VII;

г) VIII.

29. Экскурсия легких в норме по средней подмышечной линии

составляет (см):

а) 2-3;

6) 4-6;

в) 6-8;

г) 8-10.

30. При выстукивании грудной клетки над предполагаемой областью сердца перкуторный звук:

а) ясный легочный;

б) тупой, притупленный;

в) коробочный;

г) тимпанический.

31. При выстукивании нижних отделов грудной клетки больного эмфиземой легких перкуторный звук:

а) притупленный;

б) тупой;

в) коробочный;

г) тимпанический.

32. При выстукивании грудной клетки над опорожнившейся полостью легких (полость абсцесса легкого или каверна при туберкулезе легких) перкуторный звук ожидается:

а) притупленный;

б) тупой;

в) ясный легочный;

г) тимпанический.

33. При одинаковой силе удара тупой перкуторный звук:

а) слышится громче, чем ясный легочный;

б) слышится тише, чем ясный легочный;

в) не отличается по силе звучания от ясного легочного.

34. Кто предложил метод перкуссии:

а) Лаэннек

б) Мудров

в) Ауэнбруггер

г) Курлов.

35. Границы легких смещаются вниз при :

а) обтурационном ателектазе

б) эмфиземе легких

в) высоком давлении в брюшной полости

г) пневмосклерозе.

36. Тупой звук над легочной тканью возникает при всех патологических состояниях, кроме:

а) полость в легких, сообщающаяся с бронхом

б) инфильтрация легочной ткани

в) спавшаяся легочная ткань

г) гидроторакс.

37. Левый контур тупости сердца образован:

а) левая часть дуги аорты, легочный ствол, левое предсердие и левый желудочек

б) левая часть дуги аорты, левое предсердие и левый желудочек

в) левая часть дуги аорты и левый желудочек

г) левый желудочек.

38. Значительное расширение границ относительной сердечной тупости влево и вниз наблюдается при дилятации:

а) правого желудочка

б) правого предсердия

в) левого желудочка

г) левого предсердия.

39. Где в норме расположена верхняя граница абсолютной сердечной тупости?

а) на уровне II ребра

б) на уровне III ребра

в) на уровне III межреберья

г) на уровне IV ребра.

40. Где проходит правая граница относительной сердечной тупости в IV межреберье:

а) у края грудины

б) на 4 см кнаружи от края грудины

в) на 1-2 см кнаружи от края грудины

г) по левому краю грудины.

41. Тимпанический перкуторный тон появляется над легочной тканью (выберите все правильные ответы):

а) полость в легком, сообщающаяся с бронхом

б) пневмосклероз

в) гидроторакс

г) эмфизема легких

д) пневмония.

42. Бронхиальное дыхание выслушивается:

а) на вдохе

б) на выдохе

в) на вдохе и выдохе

г) на вдохе и первой трети выдоха.

43. Причиной ослабление везикулярного дыхания может быть все, кроме:

а) скопление жидкости в плевральной полости

б) бронхоспазм

в) эмфизема легких

г) обтурациооный ателектаз.

44. Звонкие влажные хрипы возникают при:

а) повышенной воздушности легочной ткани

б) спазме мелких бронхов

в) застое в малом круге кровообращения

г) полости в легком сообщающейся с бронхом.

45. Систолический шум над верхушкой сердца характерен для:

а) недостаточности митрального клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) митрального стеноза

г) аортального стеноза.

46. Ритм галопа встречается:

а) тяжелом поражении сердца

б) проляпсе митрального клапана

в) артериальной гипертонии

47. У больного сердечная астма, на основании сердца выслушивается:

а) акцент II тона на аорте

б) акцент II тона на легочном стволе

в) ослабление II тона на аорте

г) ослабление II тона на легочном стволе.

48. Составными компонентами II тона являются все перечисленные, кроме:

а) сосудистый компонент

б) открытие атриовентрикулярных клапанов

в) сокращение желудочков

г) закрытие полулунных клапанов.

49. Точка выслушивания трехстворчатого клапана:

а) II межреберье справа;

б) II межреберье слева;

в) у основания мечевидного отростка;

г) верхушка сердца.

50. Дефицит пульса – это:

а) преобладание пульсовых ударов над числом сердечных сокращений;

б) преобладание числа сердечных сокращений над числом пульсовых ударов;

в) отсутствие пульсовой волны на одной из конечностей.

г) несимметричность пульсовой волны на лучевых артериях.

Эталоны ответов

I вариант

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | а |  | а, б |  | б |  | б |  | в |
|  | в |  | в |  | а, в, г |  | г |  | б |
|  | б |  | в |  | а |  | г |  | г |
|  | а |  | в |  | в |  | в |  | б |
|  | в |  | а |  | г |  | б |  | а |
|  | б |  | б |  | в |  | в |  | в |
|  | в |  | а |  | в |  | в |  | б |
|  | а, б, г |  | г |  | в |  | в |  | в |
|  | а, б, в, г |  | а |  | г |  | б |  | б |
|  | а, б, г |  | г |  | а |  | б |  | в |

II вариант

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | в |  | а |  | б, в |  | в |  | а, г |
|  | г |  | б |  | б |  | г |  | в |
|  | б |  | в |  | б |  | б |  | б |
|  | а |  | б |  | б |  | в |  | г |
|  | в |  | в |  | г |  | б |  | а |
|  | б |  | б |  | б, в, ж, к |  | а |  | а |
|  | а |  | а |  | б |  | а |  | б |
|  | а, б, г |  | в |  | г |  | в |  | б, в |
|  | в, г |  | в |  | б |  | г |  | в |
|  | в |  | б |  | б |  | в |  | б |

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Вопросы для зачета по практическим навыкам:**

1. Поверхностная пальпация живота
2. Пальпация слепой кишки
3. Пальпация сигмовидной кишки
4. Пальпация поперечно-ободочной кишки
5. Пальпация нисходящей кишки
6. Пальпация восходящей кишки
7. Пальпация печени
8. Пальпация селезенки
9. Пальпация почек
10. Точечная пальпация, пальпация мочеточниковых точек
11. Пальпация грудной клетки, ее задачи.
12. Пальпация верхушечного толчка
13. Пальпация сердечного толчка
14. Пальпация щитовидной железы
15. Пальпация лимфатических узлов
16. Пальпация желудка
17. Осмотр и пальпация суставов
18. Симптом Пастернацкого
19. Общий осмотр
20. Осмотр и пальпация грудной клетки
21. «Кошачье мурлыканье», пальпация его видов
22. Сравнительная перкуссия легких спереди
23. Сравнительная перкуссия легких сзади
24. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких спереди
25. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких сзади
26. Определение полей Кренига
27. Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии
28. Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии
29. Определение нижней границы легких по лопаточной линии
30. Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии
31. Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости
32. Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости
33. Определение ширины сосудистого пучка
34. Определение поперечника сердца
35. Определение абсолютной сердечной тупости
36. Определение первого размера печени по Курлову
37. Перкуссия селезенки
38. Перкуторное определение жидкости в брюшной полости
39. Перкуссия печени по Курлову
40. Перкуторное определение размеров поперечника сердца
41. Перкуссия абсолютной сердечной тупости
42. Аускультация сердца
43. Измерение АД, пальпация пульса
44. Аускультация легких

**Модуль2** *Лабораторные и инструментальные методы исследования.*

**Тема 1** *ЭКГ (принцип метода, нормальная ЭКГ, оси сердца, гипертрофии желудочков и предсердий).*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

-письменный опрос,

-устный опрос,

-чтение электрокардиограмм

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса**

Вариант 1

1. ЭКГ в норме (нарисовать схему, обозначить зубцы, интервалы, сегменты)

2. Определение частоты ритма по ЭКГ

Вариант 1

1. ЭКГ признаки гипертрофии ЛЖ

2. Методика снятия ЭКГ

**Вопросы для устного опроса**

1. Электрофизиологические основы ЭКГ.
2. Проводящая система сердца.
3. ЭКГ-отведения и места наложения электродов.
4. В каких стандартных и грудных отведениях регистрируются биотоки различных отделов сердца?
5. Разобрать элементы нормальной ЭКГ и их изменения при патологии.
6. Определение частоты ритма по ЭКГ.
7. Признаки синусового ритма на ЭКГ.
8. Понятие об электрической оси сердца.
9. ЭКГ-признаки гипертрофии предсердий и желудочков.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Методика регистрации ЭКГ
2. Алгоритм расшифровки ЭКГ

Провести регистрацию ЭКГ и анализ пленки ЭКГ согласно, ниже описанным правилам.

Правила и техника регистрации ЭКГ, алгоритм анализа ЭКГ

МЕТОДИКА СНЯТИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Обычное электрокардиографическое исследование включает обязательную регистрацию 12 отведений: 3-х стандартных, 3-х усиленных однополюсных от конечностей и 6-ти грудных.

Стандартные отведения. Это двухполюсные отведения от конечностей, предложенные Эйнтховеном. Их обозначают римскими цифрами I, II, III. Для их записи электроды накладывают на обе верхние и левую нижнюю конечности. Четвертый электрод помещают на правую ногу для подключения провода заземления.

Порядок подключения к электрокардиографу при регистрации стандартных отведений:

I отведение - правая рука (отрицательный электрод) - левая рука (положительный электрод);

II отведение - правая рука (отрицательный электрод) - левая нога (положительный электрод);

III отведение - левая рука (отрицательный электрод) - левая нога (положительный электрод).

Для получения изображения стандартных отведений на правую руку накладывают красный электрод, на левую – желтый электрод, на левую ногу – зеленый, на правую – черный (заземление).

Усиленные однополюсные отведения от конечностей (aVR, aVL, aVF). Для записи этих отведений активный (+) электрод последовательно размещается на правой руке (aVR), на левой руке (aVL) и левой ноге (aVF). На отрицательный полюс электрокардиографа подается суммарный потенциал с двух свободных от активного электрода конечностей.

Для регистрации потенциалов с усиленных отведений дополнительные электроды не накладываются, так как в современных приборах существует автоматическая система снятия этих потенциалов при переключении тумблера прибора.

Грудные отведения. Это однополюсные отведения, предложенные Вильсоном. Они регистрируют разность потенциалов между активным (+) электродом, помещенным в строго определенные точки на грудной стенке и (-) объединенным электродом Вильсона. Грудные отведения обозначают буквой V с указанием номера позиции активного электрода, обозначенного арабской цифрой. Позиции активного электрода при записи грудных отведений:

V1 - IV межреберье у правого края грудины;

V2 - IV межреберье у левого края грудины;

V3 - между позициями V2 и V4 (примерно на уровне IV ребра по левой парастернальной линии);

V4 - в V межреберье по левой среднеключичной линии;

V5 - на том же горизонтальном уровне, что V4 по левой передне-подмышечной линии;

V6 - на том же горизонтальном уровне, что V4 и V5 по левой средне-подмышечной линии.

Выше перечисленные 12 отведений (3 стандартных, 3 усиленных и 6 грудных) являются обязательными для регистрации ЭКГ у каждого больного для грамотного выявления патологии и формирования ЭКГ заключения.

Дополнительные отведения. Возможности электрокардиографии могут быть существенно расширены регистрацией дополнительных отведений. Необходимость в них возникает при недостаточной информативности 12-ти общепринятых отведений. Существует множество дополнительных отведений и используются они по определенным показаниям. Например, в диагностике задне-базальных и задне-боковых инфарктов миокарда чрезвычайно полезными могут оказаться крайне левые грудные отведения V7-V9. Для записи этих отведений активный электрод устанавливается соответственно по задней подмышечной, лопаточной и паравертебральной линиям на уровне 5 межреберья при положении пациента на правом боку.

В клинической практике широкое распространение получили отведения по Небу. Это двухполюсные отведения, которые фиксируют разность потенциалов между двумя точками на поверхности грудной клетки. Отведение Dorsalis (D) - активный (+) электрод помещается на уровне верхушки сердца по задней подмышечной линии, (-) электрод - во II межреберье у правого края грудины. Отведение Anterior (A) - активный (+) электрод - на месте верхушечного толчка, (-) электрод - во II межреберье у правого края грудины. Отведение Inferior (J) - активный (+) электрод - на месте верхушечного толчка, (-) электрод на уровне верхушки сердца по задней подмышечной линии. Отведения по Небу применяются для диагностики очаговых изменений миокарда в области задней стенки (отведение D), передне-боковой (отведение A) и верхних отделов передней стенки левого желудочка (отведение J). В настоящее время отведения по Небу используются исключительно при проведении нагрузочных проб. Также к дополнительным отведениям относят ортогональные (по Франку), дающие информацию о сагиттальной площади сердца, и применяемые преимущественно для Холтеровского мониторирования и в современных неинвазивных способах оценки электрической нестабильности миокарда: поздние потенциалы, турбулентность ритма, микро- и макроальтернация зубца Т). Также существуют внутрипищеводные отведения для более точной топической диагностики аритмий.

Запись ЭКГ должна проводиться в теплом помещении во избежание дрожи больного при максимальном расслаблении мышц. Плановые исследования проводятся после 10-15 минут отдыха не ранее, чем через 2 часа после приема пищи. Обычное положение - лежа на спине. Дыхание ровное, неглубокое.

Наложение электродов. С целью уменьшения наводных токов и улучшения качества записи ЭКГ необходимо обеспечить хороший контакт электродов с кожей. Обычно это достигается применением марлевых прокладок между кожей и электродами, смоченных 5-10% раствором хлористого натрия или с применением специальных токопроводящих паст. На внутреннюю поверхность предплечий и голеней в нижней трети накладывают пластинчатые электроды, закрепляя их резиновыми лентами. На грудь устанавливают один (или несколько при многоканальной записи) грудной электрод, который фиксируют резиновой грушей присоской.

Подключение электродов к электрокардиографу. Каждый электрод соединяется с электрокардиографом соответствующим проводом шланга отведений, имеющим общепринятую цветовую маркировку. Грудной электрод соединяют с кабелем, обозначенным белым цветом. При многоканальной записи с одновременной регистрацией всех шести грудных отведений к электроду в позиции V1 подключают провод с красным наконечником, V2 - с желтым, V3 - с зеленым, V4 - с коричневым, V5 - с черным, V6 - с синим или фиолетовым. Цветная маркировка грудных электродов не является стандартизированной. В каждой модели электрокардиографа она может быть собственной, что описано в инструкции к аппарату.

Заземление электрокардиографа.

Включение аппарата в сеть.

Запись контрольного милливольта. Регистрации ЭКГ должна предшествовать калибровка усиления. Для этого в положении переключателя отведений "0" на гальванометр электрокардиографа нажатием специальной кнопки подается стандартное калибровочное напряжение в 1 милливольт. Желательно проводить калибровку записи в начале и конце съемки ЭКГ.

Выбор скорости движения бумаги. Современные электрокардиографы могут регистрировать ЭКГ при различных скоростях движения ленты: 12,5; 25; 50; 75 и 100 мм/с. Выбранная скорость устанавливается нажатием соответствующей кнопки на панели управления. Наиболее удобна для последующего анализа ЭКГ скорость 50 мм/с. Меньшая скорость (обычно 25 мм/с) используется с целью выявления и анализа аритмии, когда требуется более длительная запись ЭКГ. При скорости движения ленты 50 мм/с 1 мм соответствует 0,02с, при скорости движения ленты 25 мм/с 1 мм соответствует 0,04с.

Запись ЭКГ. Регистрация ЭКГ складывается из последовательной записи электрокардиографических отведений, что делают, поворачивая ручку переключателя отведений. В каждом отведении записывают не менее 4-х циклов.

Запись стандартных отведений производится при положении переключателя отведений в позициях I, II и III. III вдох стандартное отведение регистрируют дополнительно при задержке дыхания на глубоком вдохе. Это делают с целью установления позиционного характера изменений, нередко обнаруживаемых в данном отведении и диагностики дыхательной аритмии.

Запись однополюсных усиленных отведений от конечностей. В позиции переключателя отведений I записывают отведение aVR, II - aVL, III - aVF.

Запись грудных отведений. Переключатель отведений переводят в позицию V. Регистрацию каждого отведения производят, перемещая последовательно грудной электрод из положения V1 до положения V6 (см. выше).

Запись отведений по Небу. Эти дополнительные отведения регистрируются с помощью пластинчатых электродов, которые переносят с конечностей на грудную клетку. При этом, электрод с правой руки (красный маркированный провод) перемещают во II межреберье к правому краю грудины; с левой ноги (зеленая маркировка провода) - в позицию грудного отведения V4 (верхушка сердца); с левой руки (желтая маркировка провода) - на том же горизонтальном уровне по задней подмышечной линии. В положении переключателя отведений I регистрируют отведение D, II - A, III - J.

Перед записью ЭКГ или после ее окончания на ленте указывают дату проведения исследования (при экстренных ситуациях фиксируется и время), фамилию, имя, отчество больного, его возраст.

АНАЛИЗ ЭКГ

1. Анализ ритма сердца. В норме водителем ритма является синусовый узел. Нормальный синусовый ритм определяется следующими критериями:

1) наличие «+» зубца Р, предшествующего каждому комплексу QRS, во всех отведениях, кроме аVR, где Р в норме «-»;

2) постоянная форма зубца Р перед QRS;

3) нормальная и стабильная длительность интервала P-Q;

4) разница в интервалах R-R (или Р-Р) не более 0,15. Оценка последнего критерия позволяет определить ритм как регулярный или нерегулярный. Если ритм нерегулярный, то уточняется причина (синусовая аритмия, экстрасистолия, фибрилляция предсердий и т.д.).

2. Частота сердечных сокращений. Устанавливают продолжительность одного сердечного цикла (интервал R-R). Далее используют формулу: ЧСС = 60/R-R, где 60 - число секунд в минуте.

3. Вольтаж. Измеряют амплитуду зубцов R в стандартных отведениях. В норме она равна 5-15 мм. Если амплитуда самого высокого зубца R не превышает 5мм или сумма амплитуд зубцов R в I, II, III отведениях меньше 15мм, то вольтаж ЭКГ считается сниженным.

4. Определение положения электрической оси сердца. В современной ЭКГ определение электрической оси сердца важно лишь в следующих четырех ситуациях:

- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

- гипертрофия правого желудочка;

- гипертрофия левого желудочка;

- диагностика тахикардий с широким QRS.

В норме положение электрической оси сердца близко к его анатомической оси, т.е. ориентирована справа налево и сверху вниз. Существует несколько методов определения электрической оси сердца: наглядный (по стандартным отведениям), графические (по углу α и углу Фарре с использованием специальных таблиц), метод взаимных перпендикулярных отведений по системе Бейля. Ниже приводится самый простой наглядный метод определения оси. Ориентировочное представление о положении электрической оси сердца можно получить путем визуального анализа морфологии желудочкового комплекса в трех стандартных отведениях (соотношения амплитуд зубцов R и S). При нормальном положении электрической оси сердца RII>RI>RIII. При отклонении электрической оси сердца влево RI>RII>RIII и SIII>RIII. При отклонении электрической оси сердца вправо RIII>RII>RI и SI>RI.

5. Анализ зубцов и сегментов.

Анализ проводимости. Чтобы оценить функцию проводимости производят измерения следующих показателей:

1. длительности зубца Р (характеризует скорость внутрипредсердного проведения);

2. интервала P-Q, который отражает состояние атриовентрикулярной проводимости;

3. длительность и морфологию комплекса QRS, что дает общее представление о внутрижелудочковой проводимости и очаговых изменениях (окончательное заключение о характере нарушения внутрижелудочковой проводимости делают после анализа морфологии желудочкового комплекса).

Измерение обычно производят в том отведении, где зубцы наиболее хорошо выражены (чаще II).

Чтобы не пропустить патологию необходим анализ зубцов и сегментов во всех отведениях (с I cтандартного до V6). Анализ проводится в определенной последовательности: зубец Р, комплекс QRS и составляющие его зубцы, сегмент S-T, зубцы Т и U. Он включает амплитудные характеристики, временные показатели, анализ формы зубцов и их полярности, анализ морфологии желудочкового комплекса и соотношения амплитуд зубцов в разных отведениях.

6. Формулировка электрокардиографического заключения.

Электрокардиографическое заключение должно содержать следующие сведения:

1) источник ритма сердца, его регулярность, частота (ритм может быть синусовым, узловым, желудочковым (вентрикулярным), миграция водителя ритма по предсердиям, фибрилляция и трепетание как предсердий, так и желудочков);

2) положение электрической оси сердца. Позиции сердца в настоящее время не определяются, так как не имеют практической значимости.

После этого должен быть сформирован ЭКГ-синдром:

- наличие гипертрофии предсердий и желудочков;

- наличие предсердных или желудочковых блокад (ножек пучка Гиса);

- наличие различных степеней синоатриальных блокад;

- a-v блокад различных степеней;

- синдромов предвозбуждения (WPW, Махайм, короткий PQ);

- истинных эктопических нарушений (экстрасистолия, различные виды тахикардий);

- очаговых изменений (различные формы и стадии ИБС);

- электролитных нарушений и лекарственных передозировок;

- комбинированных нарушений проводимости и возбудимости (парасистолия, атриовентрикулярная диссоциация);

- навязанные ритмы кардиостимуляторов.

Пример 1. Ритм синусовый, частотой 72 в минуту. Ось сердца не отклонена. Электрическая систола не нарушена (электрокардиографическое заключение при отсутствии патологических изменений).

Пример 2. Фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 65 – 95 в минуту. Электрическая ось отклонена вправо. ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка.

Пример 3. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 90 в минуту. Неопределенная электрическая ось сердца. Очаговые изменения с зоной повреждения и ишемии по нижней стенке левого желудочка. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Удлинена электрическая систола (QTС равен 0,48).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно снимают ЭКГ, используя в качестве модели друг друга. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь. После получения пленок ЭКГ студенты анализируют их по схеме, отвечая на задания к пленкам ЭКГ в рабочей тетради. Проверка расшифровки пленок ЭКГ.

**Задания к пленкам ЭКГ (норма, гипертрофии отделов сердца):**

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Тема 2** *ЭКГ (аритмии: синусовая, экстрасистолия, пароксизмальные тахикардии, трепетание и мерцание предсердий и желудочков).*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

*-письменный опрос*

*-устный опрос,*

*-чтение электрокардиограмм*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

Вариант 1

1. ЭКГ признаки фибрилляции предсердий

2. Классификация экстрасистол

Вариант 2

1. ЭКГ признаки пароксизмальной желудочковой тахикардии

2. Классификация нарушений ритма

**Вопросы для устного опроса**

1. ЭКГ-диагностика синусовых аритмий.
2. Что такое эктопические аритмии?
3. ЭКГ-диагностика экстрасистолии, мерцания и трепетания предсердий и желудочков, пароксизмальной тахикардии.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Алгоритм расшифровки ЭКГ при нарушениях ритма сердца

Провести анализ пленки ЭКГ согласно, ниже описанным правилам.

АНАЛИЗ ЭКГ

1. Анализ ритма сердца. В норме водителем ритма является синусовый узел. Нормальный синусовый ритм определяется следующими критериями:

1) наличие «+» зубца Р, предшествующего каждому комплексу QRS, во всех отведениях, кроме аVR, где Р в норме «-»;

2) постоянная форма зубца Р перед QRS;

3) нормальная и стабильная длительность интервала P-Q;

4) разница в интервалах R-R (или Р-Р) не более 0,15. Оценка последнего критерия позволяет определить ритм как регулярный или нерегулярный. Если ритм нерегулярный, то уточняется причина (синусовая аритмия, экстрасистолия, фибрилляция предсердий и т.д.).

2. Частота сердечных сокращений. Устанавливают продолжительность одного сердечного цикла (интервал R-R). Далее используют формулу: ЧСС = 60/R-R, где 60 - число секунд в минуте.

3. Вольтаж. Измеряют амплитуду зубцов R в стандартных отведениях. В норме она равна 5-15 мм. Если амплитуда самого высокого зубца R не превышает 5мм или сумма амплитуд зубцов R в I, II, III отведениях меньше 15мм, то вольтаж ЭКГ считается сниженным.

4. Определение положения электрической оси сердца. В современной ЭКГ определение электрической оси сердца важно лишь в следующих четырех ситуациях:

- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

- гипертрофия правого желудочка;

- гипертрофия левого желудочка;

- диагностика тахикардий с широким QRS.

В норме положение электрической оси сердца близко к его анатомической оси, т.е. ориентирована справа налево и сверху вниз. Существует несколько методов определения электрической оси сердца: наглядный (по стандартным отведениям), графические (по углу α и углу Фарре с использованием специальных таблиц), метод взаимных перпендикулярных отведений по системе Бейля. Ниже приводится самый простой наглядный метод определения оси. Ориентировочное представление о положении электрической оси сердца можно получить путем визуального анализа морфологии желудочкового комплекса в трех стандартных отведениях (соотношения амплитуд зубцов R и S). При нормальном положении электрической оси сердца RII>RI>RIII. При отклонении электрической оси сердца влево RI>RII>RIII и SIII>RIII. При отклонении электрической оси сердца вправо RIII>RII>RI и SI>RI.

5. Анализ зубцов и сегментов.

Анализ проводимости. Чтобы оценить функцию проводимости производят измерения следующих показателей:

1. длительности зубца Р (характеризует скорость внутрипредсердного проведения);

2. интервала P-Q, который отражает состояние атриовентрикулярной проводимости;

3. длительность и морфологию комплекса QRS, что дает общее представление о внутрижелудочковой проводимости и очаговых изменениях (окончательное заключение о характере нарушения внутрижелудочковой проводимости делают после анализа морфологии желудочкового комплекса).

Измерение обычно производят в том отведении, где зубцы наиболее хорошо выражены (чаще II).

Чтобы не пропустить патологию необходим анализ зубцов и сегментов во всех отведениях (с I cтандартного до V6). Анализ проводится в определенной последовательности: зубец Р, комплекс QRS и составляющие его зубцы, сегмент S-T, зубцы Т и U. Он включает амплитудные характеристики, временные показатели, анализ формы зубцов и их полярности, анализ морфологии желудочкового комплекса и соотношения амплитуд зубцов в разных отведениях.

6. Формулировка электрокардиографического заключения.

Электрокардиографическое заключение должно содержать следующие сведения:

1) источник ритма сердца, его регулярность, частота (ритм может быть синусовым, узловым, желудочковым (вентрикулярным), миграция водителя ритма по предсердиям, фибрилляция и трепетание как предсердий, так и желудочков);

2) положение электрической оси сердца. Позиции сердца в настоящее время не определяются, так как не имеют практической значимости.

После этого должен быть сформирован ЭКГ-синдром:

- наличие гипертрофии предсердий и желудочков;

- наличие предсердных или желудочковых блокад (ножек пучка Гиса);

- наличие различных степеней синоатриальных блокад;

- a-v блокад различных степеней;

- синдромов предвозбуждения (WPW, Махайм, короткий PQ);

- истинных эктопических нарушений (экстрасистолия, различные виды тахикардий);

- очаговых изменений (различные формы и стадии ИБС);

- электролитных нарушений и лекарственных передозировок;

- комбинированных нарушений проводимости и возбудимости (парасистолия, атриовентрикулярная диссоциация);

- навязанные ритмы кардиостимуляторов.

Пример 1. Ритм синусовый, частотой 72 в минуту. Ось сердца не отклонена. Электрическая систола не нарушена (электрокардиографическое заключение при отсутствии патологических изменений).

Пример 2. Фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 65 – 95 в минуту. Электрическая ось отклонена вправо. ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка.

Пример 3. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 90 в минуту. Неопределенная электрическая ось сердца. Очаговые изменения с зоной повреждения и ишемии по нижней стенке левого желудочка. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Удлинена электрическая систола (QTС равен 0,48).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

После получения пленок ЭКГ студенты анализируют их по схеме, отвечая на задания к пленкам ЭКГ в рабочей тетради. Преподаватель проверяет правильность расшифровки пленок ЭКГ.

**Задания к пленкам ЭКГ (ЭКГ с нарушениями ритма сердца)**

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Тема 3** *ЭКГ (блокады: синоаурикулярная, атриовентрикулярная, ножек пучка Гиса, нарушение внутрижелудочковой проводимости).*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

*-письменный опрос*

*-устный опрос,*

*-чтение электрокардиограмм*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

Вариант 1

1. ЭКГ признаки полной блокады ЛНПГ

2. Классификация а-в блокад

Вариант 2

1. ЭКГ признаки а-в блокады 2 степени Мобитц 1

2. Классификация нарушения проводимости сердца

**Вопросы для устного опроса**

1. Нарушения проводящей системы сердца. Блокады. Классификация.

2. ЭКГ-признаки синоаурикулярной, внутрипредсердной, атриовентрикулярной и внутрижелудочковой блокады.

3. Степени A – V блокады, их дифференциация при анализе ЭКГ.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Алгоритм расшифровки ЭКГ при нарушениях ритма сердца

Провести анализ пленки ЭКГ согласно, ниже описанным правилам.

АНАЛИЗ ЭКГ

1. Анализ ритма сердца. В норме водителем ритма является синусовый узел. Нормальный синусовый ритм определяется следующими критериями:

1) наличие «+» зубца Р, предшествующего каждому комплексу QRS, во всех отведениях, кроме аVR, где Р в норме «-»;

2) постоянная форма зубца Р перед QRS;

3) нормальная и стабильная длительность интервала P-Q;

4) разница в интервалах R-R (или Р-Р) не более 0,15. Оценка последнего критерия позволяет определить ритм как регулярный или нерегулярный. Если ритм нерегулярный, то уточняется причина (синусовая аритмия, экстрасистолия, фибрилляция предсердий и т.д.).

2. Частота сердечных сокращений. Устанавливают продолжительность одного сердечного цикла (интервал R-R). Далее используют формулу: ЧСС = 60/R-R, где 60 - число секунд в минуте.

3. Вольтаж. Измеряют амплитуду зубцов R в стандартных отведениях. В норме она равна 5-15 мм. Если амплитуда самого высокого зубца R не превышает 5мм или сумма амплитуд зубцов R в I, II, III отведениях меньше 15мм, то вольтаж ЭКГ считается сниженным.

4. Определение положения электрической оси сердца. В современной ЭКГ определение электрической оси сердца важно лишь в следующих четырех ситуациях:

- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

- гипертрофия правого желудочка;

- гипертрофия левого желудочка;

- диагностика тахикардий с широким QRS.

В норме положение электрической оси сердца близко к его анатомической оси, т.е. ориентирована справа налево и сверху вниз. Существует несколько методов определения электрической оси сердца: наглядный (по стандартным отведениям), графические (по углу α и углу Фарре с использованием специальных таблиц), метод взаимных перпендикулярных отведений по системе Бейля. Ниже приводится самый простой наглядный метод определения оси. Ориентировочное представление о положении электрической оси сердца можно получить путем визуального анализа морфологии желудочкового комплекса в трех стандартных отведениях (соотношения амплитуд зубцов R и S). При нормальном положении электрической оси сердца RII>RI>RIII. При отклонении электрической оси сердца влево RI>RII>RIII и SIII>RIII. При отклонении электрической оси сердца вправо RIII>RII>RI и SI>RI.

5. Анализ зубцов и сегментов.

Анализ проводимости. Чтобы оценить функцию проводимости производят измерения следующих показателей:

1. длительности зубца Р (характеризует скорость внутрипредсердного проведения);

2. интервала P-Q, который отражает состояние атриовентрикулярной проводимости;

3. длительность и морфологию комплекса QRS, что дает общее представление о внутрижелудочковой проводимости и очаговых изменениях (окончательное заключение о характере нарушения внутрижелудочковой проводимости делают после анализа морфологии желудочкового комплекса).

Измерение обычно производят в том отведении, где зубцы наиболее хорошо выражены (чаще II).

Чтобы не пропустить патологию необходим анализ зубцов и сегментов во всех отведениях (с I cтандартного до V6). Анализ проводится в определенной последовательности: зубец Р, комплекс QRS и составляющие его зубцы, сегмент S-T, зубцы Т и U. Он включает амплитудные характеристики, временные показатели, анализ формы зубцов и их полярности, анализ морфологии желудочкового комплекса и соотношения амплитуд зубцов в разных отведениях.

6. Формулировка электрокардиографического заключения.

Электрокардиографическое заключение должно содержать следующие сведения:

1) источник ритма сердца, его регулярность, частота (ритм может быть синусовым, узловым, желудочковым (вентрикулярным), миграция водителя ритма по предсердиям, фибрилляция и трепетание как предсердий, так и желудочков);

2) положение электрической оси сердца. Позиции сердца в настоящее время не определяются, так как не имеют практической значимости.

После этого должен быть сформирован ЭКГ-синдром:

- наличие гипертрофии предсердий и желудочков;

- наличие предсердных или желудочковых блокад (ножек пучка Гиса);

- наличие различных степеней синоатриальных блокад;

- a-v блокад различных степеней;

- синдромов предвозбуждения (WPW, Махайм, короткий PQ);

- истинных эктопических нарушений (экстрасистолия, различные виды тахикардий);

- очаговых изменений (различные формы и стадии ИБС);

- электролитных нарушений и лекарственных передозировок;

- комбинированных нарушений проводимости и возбудимости (парасистолия, атриовентрикулярная диссоциация);

- навязанные ритмы кардиостимуляторов.

Пример 1. Ритм синусовый, частотой 72 в минуту. Ось сердца не отклонена. Электрическая систола не нарушена (электрокардиографическое заключение при отсутствии патологических изменений).

Пример 2. Фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 65 – 95 в минуту. Электрическая ось отклонена вправо. ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка.

Пример 3. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 90 в минуту. Неопределенная электрическая ось сердца. Очаговые изменения с зоной повреждения и ишемии по нижней стенке левого желудочка. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Удлинена электрическая систола (QTС равен 0,48).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

После получения пленок ЭКГ студенты анализируют их по схеме, отвечая на задания к пленкам ЭКГ в рабочей тетради. Преподаватель проверяет правильность расшифровки пленок ЭКГ.

**Задания к пленкам ЭКГ (ЭКГ с нарушениями проводимости сердца)**

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Тема 4** *ЭКГ при инфарктах миокарда (стадия, локализация, глубина распространения).*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

*-письменный опрос*

*-устный опрос,*

*-чтение электрокардиограмм*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

Вариант 1

1. ЭКГ признаки острой стадии трансмурального инфаркта

2. Описать локализацию инфаркта передней стенки ЛЖ

Вариант 2

1. ЭКГ признаки подострой стадии трансмурального инфаркта

2. Описать локализацию инфаркта задней стенки ЛЖ

**Вопросы для устного опроса**

1. ЭКГ-признаки инфаркта миокарда.
2. Стадии инфаркта миокарда, определяемые при анализе ЭКГ.
3. Понятие о переднем, нижнем и заднем инфаркте миокарда. ЭКГ – признаки трансмурального и субэндокардиального инфаркта миокарда, Q – позитивного и Q – негативного инфаркта миокарда.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Алгоритм расшифровки ЭКГ при нарушениях ритма сердца

Провести анализ пленки ЭКГ согласно, ниже описанным правилам.

АНАЛИЗ ЭКГ

1. Анализ ритма сердца. В норме водителем ритма является синусовый узел. Нормальный синусовый ритм определяется следующими критериями:

1) наличие «+» зубца Р, предшествующего каждому комплексу QRS, во всех отведениях, кроме аVR, где Р в норме «-»;

2) постоянная форма зубца Р перед QRS;

3) нормальная и стабильная длительность интервала P-Q;

4) разница в интервалах R-R (или Р-Р) не более 0,15. Оценка последнего критерия позволяет определить ритм как регулярный или нерегулярный. Если ритм нерегулярный, то уточняется причина (синусовая аритмия, экстрасистолия, фибрилляция предсердий и т.д.).

2. Частота сердечных сокращений. Устанавливают продолжительность одного сердечного цикла (интервал R-R). Далее используют формулу: ЧСС = 60/R-R, где 60 - число секунд в минуте.

3. Вольтаж. Измеряют амплитуду зубцов R в стандартных отведениях. В норме она равна 5-15 мм. Если амплитуда самого высокого зубца R не превышает 5мм или сумма амплитуд зубцов R в I, II, III отведениях меньше 15мм, то вольтаж ЭКГ считается сниженным.

4. Определение положения электрической оси сердца. В современной ЭКГ определение электрической оси сердца важно лишь в следующих четырех ситуациях:

- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

- гипертрофия правого желудочка;

- гипертрофия левого желудочка;

- диагностика тахикардий с широким QRS.

В норме положение электрической оси сердца близко к его анатомической оси, т.е. ориентирована справа налево и сверху вниз. Существует несколько методов определения электрической оси сердца: наглядный (по стандартным отведениям), графические (по углу α и углу Фарре с использованием специальных таблиц), метод взаимных перпендикулярных отведений по системе Бейля. Ниже приводится самый простой наглядный метод определения оси. Ориентировочное представление о положении электрической оси сердца можно получить путем визуального анализа морфологии желудочкового комплекса в трех стандартных отведениях (соотношения амплитуд зубцов R и S). При нормальном положении электрической оси сердца RII>RI>RIII. При отклонении электрической оси сердца влево RI>RII>RIII и SIII>RIII. При отклонении электрической оси сердца вправо RIII>RII>RI и SI>RI.

5. Анализ зубцов и сегментов.

Анализ проводимости. Чтобы оценить функцию проводимости производят измерения следующих показателей:

1. длительности зубца Р (характеризует скорость внутрипредсердного проведения);

2. интервала P-Q, который отражает состояние атриовентрикулярной проводимости;

3. длительность и морфологию комплекса QRS, что дает общее представление о внутрижелудочковой проводимости и очаговых изменениях (окончательное заключение о характере нарушения внутрижелудочковой проводимости делают после анализа морфологии желудочкового комплекса).

Измерение обычно производят в том отведении, где зубцы наиболее хорошо выражены (чаще II).

Чтобы не пропустить патологию необходим анализ зубцов и сегментов во всех отведениях (с I cтандартного до V6). Анализ проводится в определенной последовательности: зубец Р, комплекс QRS и составляющие его зубцы, сегмент S-T, зубцы Т и U. Он включает амплитудные характеристики, временные показатели, анализ формы зубцов и их полярности, анализ морфологии желудочкового комплекса и соотношения амплитуд зубцов в разных отведениях.

6. Формулировка электрокардиографического заключения.

Электрокардиографическое заключение должно содержать следующие сведения:

1) источник ритма сердца, его регулярность, частота (ритм может быть синусовым, узловым, желудочковым (вентрикулярным), миграция водителя ритма по предсердиям, фибрилляция и трепетание как предсердий, так и желудочков);

2) положение электрической оси сердца. Позиции сердца в настоящее время не определяются, так как не имеют практической значимости.

После этого должен быть сформирован ЭКГ-синдром:

- наличие гипертрофии предсердий и желудочков;

- наличие предсердных или желудочковых блокад (ножек пучка Гиса);

- наличие различных степеней синоатриальных блокад;

- a-v блокад различных степеней;

- синдромов предвозбуждения (WPW, Махайм, короткий PQ);

- истинных эктопических нарушений (экстрасистолия, различные виды тахикардий);

- очаговых изменений (различные формы и стадии ИБС);

- электролитных нарушений и лекарственных передозировок;

- комбинированных нарушений проводимости и возбудимости (парасистолия, атриовентрикулярная диссоциация);

- навязанные ритмы кардиостимуляторов.

Пример 1. Ритм синусовый, частотой 72 в минуту. Ось сердца не отклонена. Электрическая систола не нарушена (электрокардиографическое заключение при отсутствии патологических изменений).

Пример 2. Фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 65 – 95 в минуту. Электрическая ось отклонена вправо. ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка.

Пример 3. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 90 в минуту. Неопределенная электрическая ось сердца. Очаговые изменения с зоной повреждения и ишемии по нижней стенке левого желудочка. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Удлинена электрическая систола (QTС равен 0,48).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

После получения пленок ЭКГ студенты анализируют их по схеме, отвечая на задания к пленкам ЭКГ в рабочей тетради. Преподаватель проверяет правильность расшифровки пленок ЭКГ.

**Задания к пленкам ЭКГ (ЭКГ, инфаркт миокарда, все темы ЭКГ)**

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Тема 5** *Расспрос и осмотр больных с патологией системы кровообращения. Инструментальные методы исследования.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* отработка практических навыков;
* решение ситуационных задач;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Пробы с физической нагрузкой, используемые в кардиологии.

2. Суточное мониторирование ЭКГ, его клиническое значение.

Вариант 2

1.Перечислите инвазивные методы обследования кардиального больного.

2. Показания и противопоказания к велоэргометрии.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Жалобы больных с патологией системы кровообращения (боль в грудной клетке, одышка, нарушение ритма, отеки). Патогенез.
2. Осмотр кардиальных больных (общий и частный), симптомы, выявляемые при осмотре.
3. Функциональные методы исследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологические, радиоизотопные, томография и другие методы.

**Тексты ситуационных задач (типовые)**

**Задача № 1**

Допризывник Ш., 17 лет, на комиссии жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что часто болеет простудными заболеваниями. При осмотре – астеническое телосложение, рост 182 см, вес 65 кг, кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Верхушечный толчок виден в V межреберье кнутри на 1,5 см от средне-ключичной линии, при пальпации достаточной силы, локализован. При перкуссии сердца (относительной и абсолютной тупости) патологии не выявлено. При аускультации сердца тоны достаточно громкие, ритмичные. На верхушке прослушивается систолический шум.

На ЭКГ – синусовая аритмия с ЧСС 65-80 в минуту. Полувертикальная электрическая ось сердца. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 19 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 18 мм. Левое предсердие 21 мм (N), правый желудочек 20 мм (N), правое предсердие 33 мм (N), левый желудочек 45 мм (N), легочная артерия 16 мм (N). Митральный клапан «М»-образный, расхождение в диастолу достаточное – 31 мм. Передняя створка митрального клапана провисает в полость левого предсердия на 6-7 мм, регургитация над створками митрального клапана (++).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) недостаточность митрального клапана

б) +пролапс митрального клапана

в) стеноз митрального отверстия.

**Задача № 2**

При профилактическом осмотре в поликлинике рабочий М., 32 лет, не предъявлял никаких жалоб. Из анамнеза известно, что в детстве перенес ревматическую атаку. Находился на учете у ревматолога 2 года, затем в связи с переездом на учете не состоял, не лечился. Служил в армии. Больным себя не считал. При осмотре – нормостенического телосложения. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, отеков нет. При пальпации - верхушечный толчок в V межреберье слева по средне-ключичной линии. При перкуссии сердца – правая граница относительной сердечной тупости без особенностей, левая - в IV межреберье на 5 см от левого края грудины, в V межреберье – по средне-ключичной линии. При аускультации ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, на основании без особенностей. В области верхушки хорошо слышан систолический шум, занимающий всю систолу, слитый с I тоном. Шум проводится в точку Боткина. После физической нагрузки (20 приседаний) шум усиливается.

ЭКГ –синусовый ритма, электрическая ось сердца не отклонена. Местное нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости. Начальные признаки гипертрофии левого желудочка.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 22 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 17 мм. Левое предсердие 29 мм (N), правый желудочек 22 мм (N), правое предсердие 31 мм (N), легочная артерия 17 мм (N), левый желудочек 57 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «М»-образный, расхождение в диастолу достаточное – 30 мм. Мм. Выраженная регургитация над створками митрального клапана (+++, ++++), до крыши левого предсердия.

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) стеноз митрального отверстия

б) пролапс митрального клапана

в) +недостаточность митрального клапана.

**Задача № 3**

Больной К., 40 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, периодические загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, кашель в ночное время, отеки на ногах к вечеру, слабость. Много лет, с детства, страдает ревматизмом, имеет порок сердца. При осмотре – астеник, на лице «митральная бабочка», голени пастозные, отеки стоп. Верхушечный толчок не виден, эпигастральная пульсация. Границы относительной сердечной тупости расширены: справа в IV межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, слева в II-III межреберьях по средне-ключичной линии. I тон на верхушке хлопающий, диастолический шум с пресистолическим усилением. В точке Боткина – «ритм перепела» (трехчленный ритм). На основании сердца акцент II тона над легочной артерией, в точке выслушивания трехстворчатого клапана – тоны приглушены, короткий систолический шум. В легких ослабленное везикулярное дыхание, крепитация в нижних отделах сзади. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, болезненный при пальпации.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии правого и левого предсердий. Блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки нагрузки на правый желудочек.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 45 мм (N - 40мм), правое предсердие 42 мм (N – 38мм), правый желудочек 34-36 мм (N – 30мм), стенки правого желудочка утолщены. Левый желудочек – 50 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 11 мм (N – 19-32 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N – 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см². Трикуспидальная регургитация (++, +++). Давление в легочной артерии 25 мм (N –23 мм).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) недостаточность митрального клапана

б) стеноз митрального отверстия в стадию компенсации

в) +стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации.

**Задача № 4**

Больной М., 47 лет при поступлении в стационар предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружение, сжимающие боли за грудиной. Подобные явления стали возникать последние несколько лет, чаще связаны с нагрузкой. Два дня назад во время работы на даче потерял сознание. Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами. На учете не состоит, не обследовался. При осмотре правильного телосложения, хорошо развиты мышцы плечевого пояса, активен. Кожные покровы немного бледные, на шеи – «пляска каротид», симптом Квинке и Мюссе. При осмотре грудной клетки виден разлитой, приподнимающий фонендоскоп верхушечный толчок в VI межреберье по передне-подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево в IV межреберье до срединно-ключичной линии, в V – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, в VI – по передне-подмышечной линии. При аускультации на верхушке тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум, нежный, никуда не проводится. На основании сердца II тон на аорте ослаблен, диастолический шум. АД 160/50 мм рт. ст. на обеих руках.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 84 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с признаками его перегрузки.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 22 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 17 мм. Регургитация над створками аорты (++, +++). Левый желудочек 63 мм (N – 56 мм). Левое предсердие 23 мм (N). Правые отделы не изменены. Митральный клапан «М»-образный, регургитация над створками митрального клапана (++).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) стеноз устья аорты

б) +недостаточность аортального клапана

в) недостаточность митрального клапана.

**Задача № 5**

##### Больная К., 72 лет доставлена в травматологическое отделение с переломом правой плечевой кости. При осмотре терапевтом предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, периодические боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, проходящие после приема нитроглицерина. При осмотре – гиперстенического телосложения, кожные покровы бледные. Верхушечный толчок виден на глаз в IV межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. При перкуссии границы относительной сердечной тупости смещены влево в IV межреберье до средне-ключимчной линии, в V – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум, нежный, никуда не проводится. На основании сердца во II межреберье пальпируется “систолическое кошачье мурлыканье”, здесь же слышен грубый систолический шум, проводящийся на сонные артрерии и в межлопаточное пространство. II тон на аорте ослаблен. АД 90/80 мм рт. ст. на обеих руках.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с признаками его перегрузки.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 22 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана утолщены, расхождение в систолу резко снижено - 10 мм (N – 15-24 мм).поток в аорту ускорен – 2,1 м/с (N – 1,7 м/с). в основании правой коронарной створки – включения кальция. Левый желудочек 60 мм (N – 56 мм). Левое предсердие 23 мм (N). Правые отделы не изменены. Митральный клапан «М»-образный, регургитация над створками митрального клапана (+).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) аортальная недостаточность

б) недостаточность митрального клапана

в) +стеноз устья аорты.

**Задача № 6**

Больной Б., 19 лет страдает ревматизмом с 12 лет. Находится на учете у ревматолога. При диспансеризации жалуется на одышку при нагрузке, сжимающие боли за грудиной, слабость, утомляемость.

При осмотре – выглядит моложе своего возраста, астеник. Верхушечный толчок - в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, ощущается «диастолическое кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной сердечной тупости смещены влево во II и III межреберьях на 2 см кнаружи. При аускультации I тон на верхушке хлопающий, диастолический шум с пресистолическим усилением. В точке Боткина – «ритм перепела» (трехчленный ритм).

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Увеличена нагрузка на левое предсердие. Единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 50 мм (N - 40мм). Левый желудочек – 50 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 17 мм (N – 19 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N – 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см². Давление в легочной артерии 20 мм (N).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) недостаточность митрального клапана

б) +стеноз митрального отверстия в стадию компенсации

в) стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации.

**Задача № 7**

Больная А., 43 лет поступила в стационар с жалобами на одышку при нагрузке, приступы удушья по ночам, сердцебиение, отеки на ногах. Больна ревматизмом 20 лет, с 25 лет находят порок сердца, состоит на учете. Ухудшение состояния около 5 лет. Инвалид 2 группы. При осмотре – вынужденное положение (ортопноэ), акроцианоз на фоне бледности кожи, отеки стоп и голеней, эпигастральная пульсация, положительный венный пульс. Границы относительной сердечной тупости расширены: справа в IV межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, слева в II-III-IV межреберьях по средне-ключичной линии. Сосудистый пучок 6 мм. При аускультации сердца ритм правильный, тоны приглушены, систолодиастолический шум на верхушке. Акцент II тона на легочном стволе, грубый систолический шум на аорте. В легких ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах сзади. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, болезненный при пальпации.

ЭКГ. Синусовая тахикардия с ЧСС 100-120 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии правого и левого желудочков. Блокада правой ножки пучка Гиса.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана изменены, утолщены и спаяны между собой, расхождение в систолу 13 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 43 мм (N - 40мм), правое предсердие 40 мм (N – 38мм), правый желудочек 34 мм (N – 30мм), стенки правого желудочка утолщены. Левый желудочек – 58 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 13 мм (N – 19мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N – 1,0 м/с). над створками митрального клапана регургитация (++, +++). Давление в легочной артерии 25 мм (N –23 мм).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) сочетанный митральный порок

б) аортальный порок (стеноз с митрализацией)

в) +сочетанный митральный порок в сочетании со стенозом устья аорты.

**ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ**

№ 1 – б (пролапс митрального клапана)

№ 2 – в (недостаточность митрального клапана)

№ 3 – в (стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации)

№ 4 – б (недостаточность аортального клапана)

№ 5 – в (аортальный стеноз)

№ 6 – б (стеноз митрального отверстия в стадию компенсации)

№7 – в (сочетанный митральный порок в сочетании со стенозом устья аорты)

**Практическая подготовка на клинической базе**

**Схема курации пациента в терапевтическом отделении**

При оформлении фрагмента истории болезни обучающимся, необходимо, придерживаться рекомендуемой схемы курации пациента в терапевтическом отделении. История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. Необходимо, полностью провести обследование указанной системы пациента физическими методами исследования, применив с этой целью при изучении каждой системы органов, в строгой последовательности, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:

• Точность и логичность изложения;

• Исчерпывающая полнота необходимых сведений;

• Ясность изложения;

• Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

• Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

Образец

Титульный лист

ФГБОУ ВО ОрГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. К.М. Иванов

Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фрагмент написания истории болезни

Выполнил обучающийся \_\_\_\_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

Оренбург, 2019

Наименование лечебного учреждения:

НУЗ «Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Оренбург

Дата поступления больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Домашний адрес больного и близких родственников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Кем направлен больной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз, с которым был направлен в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Предварительный диагноз при поступлении в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Окончательный клинический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Перечислить жалобы, которые больной сам отмечает в момент расспроса или отмечал при поступлении в клинику. Сначала необходимо выделить основные (ведущие) жалобы, затем общие. На основании предъявленных жалоб сделать предположение о поражении какой системы идёт речь (система дыхания, кровообращения и т. д.). Уточнить, есть ли еще жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал.

Необходима конкретизация жалоб.

*Жалобы при поражении системы органов дыхания*: дыхание через нос: затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, насморк — выделения из носа (количество, характер, запах). Ощущение сухости и боли в горле при разговоре, глотании; нарушение голоса (сиплый, отсутствие голоса). Боли в грудной клетке: их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая), интенсивность, продолжительность, влияние на них движения, положения тела, дыхании и кашля, их иррадиация. Одышка: постоянная или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъеме на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление или усиление её в горизонтальном или вертикальном положении, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная). Удушье: время появления, сила, продолжительность. Кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой (влажный). Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов; время отхождения (утро, день, вечер), количество (за сутки и за один раз), запах и цвет ее, выделение в зависимости от положения больного. Кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками), цвет (алый, черный, желтый).

*Жалобы при поражении системы органов кровообращения:* болевые ощущения в области сердца или за грудиной: характер (колющие, сжимающие, давящие); сила; продолжительность (постоянные или приступообразные); иррадиация; условия, при которых возникают боли; поведение больного во время болей; от каких мероприятий успокаивается боль. Сердцебиение: постоянное или приступами; интенсивность; «перебои» в работе сердца; длительность; связь с физическим напряжением, движениями, волнениями, в покое, после приема пищи, в горизонтальном положении, при изменении внешней температуры. Одышка: (см. выше). Отеки: их локализация, особенности появления (утром, вечером), постоянные или исчезающие, интенсивность их появления, связь с физическим напряжением, приемом жидкости, тяжестью в правом подреберье.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Раздел должен отражать время возникновения заболевания и динамику развития до начала курации. Особенно важным является выявление симптомов, что, в какой-то мере, позволяет решить вопрос о каком заболевании идёт речь – остром или хроническом. Путем соответствующих вопросов необходимо выяснить: начало болезни (когда и как она началась — внезапно или постепенно), каковы были ее проявления, ее дальнейшее течение (прогрессирующее или с перерывами, для хронических заболеваний продолжительность периодов обострений, рецидивов, ремиссий).

Следует установить причины и повод настоящего ухудшения заболевания (тяжелое нервное напряжение, травмы, физические перегрузки, погрешность в еде, простуда и другие).

Обращался ли к врачу, лечился ли и с каким результатом, какие проводились дополнительные исследования (анализа крови, мочи, ЭКГ, рентгеноскопия и др)? Какие ставили диагнозы лечащие врачи?

Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью (ухудшение болезни, появление новых симптомов и т. д.).

Кем больной направлен в стационар? Характер госпитализации (экстренный, плановый).

Трудо-экспертный анамнез: выдан ли и когда выдан листок нетрудоспособности на момент поступления в стационар, сколько дней нетрудоспособен.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Расспрос о жизни больного, следует начинать с общебиографических сведений: время и место рождения (географический район), место жительства, если он их менял в течение жизни.

*Социальный анамнез*: семейная обстановка, в которой родился; возраст родителей, перенесенные заболевания. Школьные годы: когда начал учиться, как проходило учение (насколько легко или трудно было учиться), сколько времени учился? Занимался ли в школе физкультурой и спортом? Общее и специальное образование больного. Для мужчин служба в армии.

*Профессиональный анамнез*: начало и характер труда всей жизни, профессиональные вредности в прошлом. Условия труда в настоящее время (продолжительность, умственная или физическая, ночная или дневная работа). Характеристика рабочего помещения (освещение, температура, сквозняки, пыль, наличие вредных веществ). Использование выходных дней, отпусков. Бытовые условия.

*Перенесенные заболевания, операции, травмы*: длительность и тяжесть их, осложнения, проводимое лечение (в стационаре, на дому, амбулаторно, санаторно-курортное). Обратить внимание па венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию.

*Семейный анамнез*: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их. Беременности и роды, мертворождаемость, аборты, их количество, причина осложнения. Есть ли живые дети, сколько?

*Наследственность:* необходимо выяснить состояние здоровья близких родственников: отца, матери, дедов, бабушек, сестер и братьев больного, детей и внуков, сестер и братьев отца и матери (если они умерли, то, в каком возрасте и от каких причин).

Обратить внимание на болезни, которые особенно сказываются на потомстве: сифилис, туберкулез, нервно-психические болезни, болезни обмена веществ, крови, алкоголизм, новообразования.

*Эпидемиологический анамнез*: выяснить был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, среди соседей, сослуживцев и т. д.). Не соприкасался ли с больными животными? Расспросить, где питается больной (в столовой, буфете, дома, какую употребляет воду (сырую, кипяченую, из водопровода или из других источников). Выезжал ли в другие города, районы. Не приезжали ли в семью больные лица из других мест жительства?

Не отмечал ли у себя в последнее время повышения температуры, рвоты, расстройства стула?

*Аллергический анамнез*: непереносимость лекарственных препаратов: наличие кожного зуда, различных сыпей, отека лица после приема антибиотиков и других препаратов лекарственных, непереносимость пищевых продуктов, сезонное появление насморка и слезотечения во время цветения полыни, амброзии, тополя.

*Негигиенические вредные привычки*: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление алкогольных напитков и наркотиков (частота, количество, как их переносит).

*Гемотрансфузионный анамнез*: переливалась ли кровь и кровезаменители, по какому поводу, сколько раз и в каком количестве, были ли осложнения на переливания и как они проявлялись. Является ли пациент донором?

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агональное.

Сознание: ясное, ступорозное (оцепенение), сопорозное (отупение), коматозное.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: (конституция); астеник, нормостеник, гиперстеник. Рост. Вес (масса тела). Индекс массы тела (ИМТ = вес кг /рост м²). Осанка. Походка.

Температура тела: нормальная, субфебрильная, высокая.

*Система органов дыхания*

Грудная клетка неизмененная: нормостеническая (коническая), гиперстеническая, астеническая.

Грудная клетка патологическая: эмфизематозная (бочкообразная), паралитическая, рахитическая (килевидная, куриная), воронкообразная, ладьевидная.

Деформация грудной клетки при искривлениях позвоночника: ско-лиотическая, кифотическая, лордотическая, кифосколиотическая.

Ассиметрия грудной клетки.

Тип дыхания: грудной, брюшной или смешанный. Частота дыхания (число дыхательных движений в минуту). Глубина дыхания - глубокое, поверхностное.

Ритм дыхания: ритмичное, изменение ритма при глубоком дыхании (дыхание Куссмауля), при удлинении вдоха (инспираторная одышка), при удлинении выдоха (экспираторная одышка).

Периодическое дыхание: Биота, Чейн-Стокса, Грокка.

Описание результатов пальпации грудной клетки: соответствует полу и возрасту, безболезненная, болезненность локальная или разлитая. Болезненность в точке Георгиевского-Мюссе (при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте проекции диафрагмального нерва). Болезненность по межреберным промежуткам. Боль при надавливании на ребра. Усиление или ослабление боли при наклоне больного в здоровую сторону. Эластичность (эластичная, ригидная). Изменение голосового дрожания (усиление, ослабление, симметричность). Шум трения плевры или шум плеска жидкости в плевральной полости.

Описание результатов перкуссии легких.

Топографическая перкуссия в положении больного стоя и сидя.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные  линии | Правое легкое,  межреберье | Левое легкое,  межреберье |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная |  |  |

Есть ли смещение нижнего легочного края книзу или кверху, смешение передних (внутренних) краев легких внутрь и кнаружи? Указать высоту стояния верхушек легких спереди и сзади, ширину полей Кренига. Есть ли снижение высоты стояния верхушек легких и сужение полей Кренига?

Указать активную подвижность легких по среднеключичной линии, средней подмышечной и лопаточной линиям, возможное ограничение или полное отсутствие активной подвижности у больного.

Сравнительная (качественная) перкуссия. Наличие в легких ясного легочного звука, тупого, притуплённого, тимпанического (коробочного) или металлического звуков, их локализация.

Описание результатов аускультации легких. Указать вид дыхания: везикулярное (альвеолярное) дыхание, везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, жесткое дыхание, бронхиального дыхания (амфорическое, металлическое), бронхнально-везикулярное дыхание.

Указать выслушиваются ли хрипы и какие: сухие хрипы - низкодискантные (жужжащие), высоко-дискантные (свистящие); влажные хрипы - звучные, незвучные, крупно-, средне-, мелкопузырчатые; крепитация начальная, конечная; шум трения плевры. Есть ли бронхофония?

*Система органов кровообращения*

Описать, есть ли сердечный горб, общее выбухание сердечной области, верхушечный толчок, отрицательный верхушечный толчок, сердечный толчок?

Описать пульсацию подключичных, плечевых, лучевых и других артерий; капиллярный пульс.

Описать, если есть расширение вен головы, шеи, верхних и нижних ко-нечностей, передней поверхности туловища; пульсация яремных вен (положительный и отрицательный венный пульс).

Охарактеризовать пульс: частоту, ритм, напряжение, наполнение, величину, форму.

Описание результатов пальпации области сердца и сосудов. При описании верхушечного толчка указать: локализацию, площадь, силу, смещение верхушечного толчка, связанное и несвязанное с изменением положения тела, наличие «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца, у основания сердца.

Описание результатов перкуссии сердца и крупных сосудов. Границы относительной тупости сердца:

правая граница - во II, III, IV межреберье;

левая граница - во II, III, IV и V межреберьях.

Указать величину поперечника сердца.

Описать границы абсолютной тупости сердца:

правая граница - в IV межреберье, левая граница – в V межреберье, верхняя граница - на уровне IV ребра, выше, ниже.

Указать ширину сосудистого пучка во II межреберье.

Описать результаты аускультации сердца и крупных сосудов. Указать какие тоны сердца: ритмичные, аритмичные, ясные, громкие, приглушенные, глухие, частоту сердечных сокращений. Ослабление или усиление обоих тонов. Ослабление первого тона, ослабление второго тона. Изменение тембра тонов сердца: хлопающий, первый тон, металлический оттенок тонов, глухой первый топ, «бархатный» тон, дребезжащий первый тон. Раздвоение тонов. Добавочные тоны: третий и четвертый тон. Ритм галопа (протодиастолический, мезодиастолический или пресистолический галоп). Ритм перепела. Описать, есть ли шумы при аускультации сердца? Систолический шум. Диастолический шум (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Точка максимальной громкости шума. Места проведения шумов сердца. Тембровая окраска (мягкий или дующий, грубый или скребущий, пилящий). Артериальное давление (АД) в мм.рт.ст., (со слов больного). Аускультация сонной и подключичной артерии — первый и второй тон. Бедренная артерия — первый тон. Двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова-Дюрозье на бедренной артерии, на плечевой и лучевой артериях. Шум волчка на правой яремной вене при повороте головы влево.

**Список тем рефератов:**

1. Фонокардиография.
2. Рентгенография сердца.
3. Холтеровское мониторирование.
4. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование.
5. Эхокардиография.
6. Суточное мониторирование АД.
7. Коронароангиография.
8. Сфигмография.

**Тема 6** *Расспрос, осмотр легочного больного. Определение функции внешнего дыхания. Спирометрия. Спирография. Пневмотахометрия. Рентгенологические, эндоскопические методы исследования. Компьютерная томография. Анализ мокроты и плевральной жидкости.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Перечислите жалобы легочных больных.
2. Перечислите изменения формы грудной клетки при легочных заболеваниях.

Вариант 2

1. Опишите критерии экссудата.
2. Назовите инвазивные методы обследования легких, перечислите их достоинства и недостатки.

**Вопросы для устного опроса**

1. Жалобы легочных больных: кашель, кровохарканье, одышка, боли в грудной клетке. Патогенез.
2. Основные симптомы, выявляемые при осмотре легочных больных (цианоз, изменение формы грудной клетки, дыхания, сердечный толчок, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» и др.).
3. Определение функции внешнего дыхания. Спирометрия, спирография, пневмотахометрия.
4. Рентгенологические методы исследования. Томография.
5. Понятие о бронхоскопии, плевральной пункции, биопсии легких и плевры. Диагностическое значение.
6. Анализ мокроты. Клиническая оценка.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача № 1**

В клинику доставлены больные А и Б с приступами удушья. Оба занимают вынужденное положение – сидят в постели, опираясь руками на колени. Рот у них открыт. Ноздри раздуты. Больных беспокоит кашель с отхождением мокроты. Врачу удалось снять приступы удушья у обоих больных, однако у него возникли сомнения в идентичности причин одышки. Для уточнения диагноза в лабораторию была направлена мокрота больных.

Анализы мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной А | Больной Б |
| Количество,мл | 20,0 | 150,0 |
| Цвет | бесцветный | розовый |
| Характер | слизистый | серозный |
| Консистенция | тягучая | пенистая, жидкая |
| Запах | без особенностей | без запаха |
| Эозинофилы | скоплениями | не обнаружены |
| Эпителий | мерцательный,  цилиндрический | плоский и альвеолярный  единичный |
| Кристалы Шарко-Лейдена | обнаружены | не обнаружены |
| Спирали Куршмана | обнаружены | не обнаружены |

Попытайтесь на основании сопоставления высказать свое суждение о характере приступа удушья у этих больных.

**Задача № 2**

При флюорографическом исследовании на одном из предприятий выявлены больные В и Г, у которых в верхней доле правого легкого имелись сходные изменения: очаг просветления (полость) диаметром 4 см с плотной капсулой, усиленный легочный рисунок за счет пневмофиброза (разрастание соединительной ткани). Из анамнеза выявлено, что оба болеют несколько лет, по 1 – 2 месяца в году лежат в стационаре. Отмечают субфебрильную температуру по вечерам, небольшую одышку, выделение мокроты.

Результаты исследование мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной В | Больной Г |
| Цвет | желтовато-зеленоватый | золотисто-серый |
| Характер | гнойно-слизистый | гнойный |
| Консистенция | вязкая | вязкая |
| Форма | 2-слойная | 2-слойная, клочковатая |
| Запах | гнилостный | гнилостный, затхлый |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения | покрывают все поле зрения |
| Эритроциты | нет | 15 – 20 в поле зрения |
| Эпителий | плоский, альвеолярный | альвеолярный, много |
| Эластические волокна | обнаружены | обнаружены |
| Микроорганизмы | стрептококки | палочки Коха |
| Другие элементы | нет | кристаллы гематоидина |

Вспомните, при каких поражениях легких возможно образование полости в нем? Какие особенности приобретает мокрота в этих случаях?

**Задача № 3**

На прием к врачу поликлиники обратились больные А и Б с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. До этого в течение недели они лечились по поводу острого респираторного заболевания (ОРЗ).

Для уточнения диагноза мокрота больных направлена на исследование.

Результаты исследование мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной А | Больной Б |
| Цвет | прозрачный | прозрачный |
| Характер | слизистый | слизисто-гнойный |
| Консистенция | тягучая | тягучая |
| Запах | без запаха | без запаха |
| Лейкоциты | 14 – 16 в поле зрения | 8 – 10 в поле зрения |
| Эпителий | Цилиндрический,  мерцательный | Альвеолярный |
| Микроорганизмы | группами по 2 – 3 клетки в поле зрения стрептококки, пневмококки | группами по 5 – 10 клетки в поле зрения стрептококки, пневмококки |

О каком синдроме можно думать, имея такие анализы мокроты? Какие дополнительные методы надо использовать для уточнения диагноза?

**Задача № 4**

В поликлинику обратились больные А и Б, у которых имелись некоторые сходные жалобы: повышение температуры до 38 С, слабость, кашель с мокротой. При объективном исследовании врач определил притупление перкуторного тона слева у верхнего угла лопатки, ослабленное везикулярное дыхание. При анализе мокроты получены следующие данные:

Результаты исследование мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной А | Больной Б |
| Цвет | серый | малиновый |
| Характер | слизисто-гнойный | кровянистый |
| Консистенция | вязкая | студенистая |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения | единичные в поле зрения |
| Эритроциты | до 10 в поле зрения | 15 – 20 в поле зрения |
| Эпителий | альвеолярный | атипические клетки |
| Микроорганизмы | пневмококки |  |
| Эластические волокна | нет | обнаружены |

О каких синдромах можно думать, имея такие анализы мокроты? Какие данные свидетельствуют об этом?

**Задача № 5**

В пульмонологическое отделение больницы госпитализированы больные А, Б, В. Они предъявили много различных жалоб, но всех их беспокоит постоянная одышка. Сходными оказались и некоторые физикальные данные. При пальпации грудной клетки - отсутствие голосового дрожания справа под лопаткой. Перкуторно ниже 5 ребра определялся тупой звук. Аускультативно в этой зоне дыхание не прослушивалось. При рентгенологическом исследовании обнаружено затемнение в нижних отделах правого легкого с косой верхней границей. С диагностической целью произведена пункция плевральной полости.

Результаты исследование плевральной жидкости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характеристика плевральной  жидкости | Больной А | Больной Б | Больной В |
| Цвет | соломенно-желтый | соломенно-желтый | кровянистый |
| Прозрачность | полная | полная | мутноватая |
| Удельный вес | 1010 | 1020 | 1022 |
| Реакция Ривальта | отрицательная | положительная | положительная |
| Белок | 1 % | 5 % | 5 % |
| Клетки мезотелия | 0 – 1 в поле зрения | 5 – 8 в поле зрения | атипические клетки |
| Эритроциты | - | 1 – 2 – 3 в поле зрения | 20 – 30 в поле зрения, свежие |
| Нейтрофилы | 0 – 1 в поле зрения | 3 – 5 в поле зрения | 3 – 4 в поле зрения |
| Лимфоциты | 2 – 3 в поле зрения | 20 – 25 в поле зрения | 2 – 3 в поле зрения |

Попытайтесь определить к какому виду жидкости (экссудат, транссудат) относится содержимое плевральной полости у каждого из этих больных?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Задача № 1**

Описанные приступы удушья относятся к весьма частым состояниям в клинике – бронхиальной (больной А) и сердечной (больной Б) астмам.

При бронхиальной астме мокроты выделяется мало, а при сердечной – много. При сердечной астме мокрота образуется за счет пропотевания через сосудистую стенку плазмы с единичными форменными элементами (эритроциты), поэтому она серозная по характеру, жидкая, пенистая и розовая. При бронхиальной астме мокрота представляет собой густую, тягучую слизь, в которой содержатся клетки мерцательного цилиндрического (бронхиального) эпителия и патогномоничные для бронхиальной астмы признаки. В частности, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, которые образуются из распадающихся эозинофилов и спирали Куршмана, которые представляют собой слизистые образования, содержащие эозинофилы, а иногда кристаллы Шарко-Лейдена.

**Задача № 2**

У обоих больных имеется распад легочной ткани, о чем свидетельствует наличие гнойной, двухслойной мокроты, эластических волокон. В основе этого распада лежит воспалительный процесс, этиология которого у них не одинакова. У больного В воспаление вызвано стрептококками, а у больного Г – туберкулезной палочкой Коха. На основании этого исследования в первом случае может идти речь о хроническом абсцессе легкого, возникшем после пневмонии, а во втором – о туберкулезном процессе в легких, осложнившемся образованием каверны.

**Задача № 3**

У обоих больных после острого респираторного заболевания (ОРЗ) развилось осложнение со стороны бронхолегочного аппарата. Мокрота обусловлена воспалительным процессом, о чем свидетельствует обнаружение лейкоцитов, слизи, микроорганизмов. Однако имеется и отличие: у больного А в мокроте обнаружен цилиндрический мерцательный эпителий группами, что указывает на локализацию процесса в трахее и бронхах, у больного Б – альвеолярный эпителий, что встречается при воспалении легочной ткани.

**Задача № 4**

У больного А мокрота носит воспалительный характер. На это указывает слизисто-гнойный характер, большое количество лейкоцитов. Наличие альвеолярного эпителия свидетельствует о локализации процесса в легких, а выявление пневмококков – на этиологический фактор воспаления. Больной Б выделяет мокроту в виде малинового желе, что является патогномоничным признаком рака легкого. Об этом же свидетельствует обнаружение атипических клеток. Известно, что атипические клетки встречаются при злокачественных новообразованиях. Они резко отличаются от клеток дыхательных путей, имеют разные размеры, жирно или вакуольно перерождены. В обоих случаях мы имеем синдром инфильтрации легочной ткани, но у первого больного он связан с воспалением легких, а у второго – с развитием опухолевой ткани.

**Задача № 5**

У больного А плевральная жидкость представляет собой транссудат, так как содержит небольшое количество белка (менее 3 %), имеет низкий удельный вес (менее 1015). В жидкости отсутствует воспалительный белок – серозомуцин (отрицательная реакция Ривальта), обнаружены единичные клеточные элементы.

Транссудат встречается при хронической сердечной недостаточности, а поэтому данного больного необходимо обследовать для уточнения характера поражения сердца.

У больного Б получен экссудат (удельный вес больше 1020, белка больше 3 %, положительная реакция Ривальта). При микроскопическом исследовании обнаружено много лимфоцитов. Среди этиологических факторов экссудативного плеврита на первом месте стоит туберкулез. Поэтому данный больной должен обследоваться и лечиться у фтизиатра.

У больного В также получен экссудат. Однако он имеет некоторые особенности: кровянистый цвет, содержит большое число эритроцитов и атипических клеток. В данном случае следует предположить – злокачественное поражение плевры (метастатическое обсеменение или рак легкого).

**Практическая подготовка на клинической базе**

**Схема курации пациента в терапевтическом отделении**

При оформлении фрагмента истории болезни обучающимся, необходимо, придерживаться рекомендуемой схемы курации пациента в терапевтическом отделении. История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. Необходимо, полностью провести обследование указанной системы пациента физическими методами исследования, применив с этой целью при изучении каждой системы органов, в строгой последовательности, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:

• Точность и логичность изложения;

• Исчерпывающая полнота необходимых сведений;

• Ясность изложения;

• Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

• Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

Образец

Титульный лист

ФГБОУ ВО ОрГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. К.М. Иванов

Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фрагмент написания истории болезни

Выполнил обучающийся \_\_\_\_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

Оренбург, 2019

Наименование лечебного учреждения:

НУЗ «Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Оренбург

Дата поступления больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Домашний адрес больного и близких родственников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Кем направлен больной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз, с которым был направлен в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Предварительный диагноз при поступлении в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Окончательный клинический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Перечислить жалобы, которые больной сам отмечает в момент расспроса или отмечал при поступлении в клинику. Сначала необходимо выделить основные (ведущие) жалобы, затем общие. На основании предъявленных жалоб сделать предположение о поражении какой системы идёт речь (система дыхания, кровообращения и т. д.). Уточнить, есть ли еще жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал.

Необходима конкретизация жалоб.

Жалобы при поражении системы органов дыхания: дыхание через нос: затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, насморк — выделения из носа (количество, характер, запах). Ощущение сухости и боли в горле при разговоре, глотании; нарушение голоса (сиплый, отсутствие голоса). Боли в грудной клетке: их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая), интенсивность, продолжительность, влияние на них движения, положения тела, дыхании и кашля, их иррадиация. Одышка: постоянная или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъеме на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление или усиление её в горизонтальном или вертикальном положении, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная). Удушье: время появления, сила, продолжительность. Кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой (влажный). Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов; время отхождения (утро, день, вечер), количество (за сутки и за один раз), запах и цвет ее, выделение в зависимости от положения больного. Кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками), цвет (алый, черный, желтый).

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Раздел должен отражать время возникновения заболевания и динамику развития до начала курации. Особенно важным является выявление симптомов, что, в какой-то мере, позволяет решить вопрос о каком заболевании идёт речь – остром или хроническом. Путем соответствующих вопросов необходимо выяснить: начало болезни (когда и как она началась — внезапно или постепенно), каковы были ее проявления, ее дальнейшее течение (прогрессирующее или с перерывами, для хронических заболеваний продолжительность периодов обострений, рецидивов, ремиссий).

Следует установить причины и повод настоящего ухудшения заболевания (тяжелое нервное напряжение, травмы, физические перегрузки, погрешность в еде, простуда и другие).

Обращался ли к врачу, лечился ли и с каким результатом, какие проводились дополнительные исследования (анализа крови, мочи, ЭКГ, рентгеноскопия и др)? Какие ставили диагнозы лечащие врачи?

Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью (ухудшение болезни, появление новых симптомов и т. д.).

Кем больной направлен в стационар? Характер госпитализации (экстренный, плановый).

Трудо-экспертный анамнез: выдан ли и когда выдан листок нетрудоспособности на момент поступления в стационар, сколько дней нетрудоспособен.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Расспрос о жизни больного, следует начинать с общебиографических сведений: время и место рождения (географический район), место жительства, если он их менял в течение жизни.

*Социальный анамнез*: семейная обстановка, в которой родился; возраст родителей, перенесенные заболевания. Школьные годы: когда начал учиться, как проходило учение (насколько легко или трудно было учиться), сколько времени учился? Занимался ли в школе физкультурой и спортом? Общее и специальное образование больного. Для мужчин служба в армии.

*Профессиональный анамнез*: начало и характер труда всей жизни, профессиональные вредности в прошлом. Условия труда в настоящее время (продолжительность, умственная или физическая, ночная или дневная работа). Характеристика рабочего помещения (освещение, температура, сквозняки, пыль, наличие вредных веществ). Использование выходных дней, отпусков. Бытовые условия.

*Перенесенные заболевания, операции, травмы*: длительность и тяжесть их, осложнения, проводимое лечение (в стационаре, на дому, амбулаторно, санаторно-курортное). Обратить внимание па венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию.

*Семейный анамнез*: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их. Беременности и роды, мертворождаемость, аборты, их количество, причина осложнения. Есть ли живые дети, сколько?

*Наследственность:* необходимо выяснить состояние здоровья близких родственников: отца, матери, дедов, бабушек, сестер и братьев больного, детей и внуков, сестер и братьев отца и матери (если они умерли, то, в каком возрасте и от каких причин).

Обратить внимание на болезни, которые особенно сказываются на потомстве: сифилис, туберкулез, нервно-психические болезни, болезни обмена веществ, крови, алкоголизм, новообразования.

*Эпидемиологический анамнез*: выяснить был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, среди соседей, сослуживцев и т. д.). Не соприкасался ли с больными животными? Расспросить, где питается больной (в столовой, буфете, дома, какую употребляет воду (сырую, кипяченую, из водопровода или из других источников). Выезжал ли в другие города, районы. Не приезжали ли в семью больные лица из других мест жительства?

Не отмечал ли у себя в последнее время повышения температуры, рвоты, расстройства стула?

*Аллергический анамнез*: непереносимость лекарственных препаратов: наличие кожного зуда, различных сыпей, отека лица после приема антибиотиков и других препаратов лекарственных, непереносимость пищевых продуктов, сезонное появление насморка и слезотечения во время цветения полыни, амброзии, тополя.

*Негигиенические вредные привычки*: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление алкогольных напитков и наркотиков (частота, количество, как их переносит).

*Гемотрансфузионный анамнез*: переливалась ли кровь и кровезаменители, по какому поводу, сколько раз и в каком количестве, были ли осложнения на переливания и как они проявлялись. Является ли пациент донором?

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агональное.

Сознание: ясное, ступорозное (оцепенение), сопорозное (отупение), коматозное.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: (конституция); астеник, нормостеник, гиперстеник. Рост. Вес (масса тела). Индекс массы тела (ИМТ = вес кг /рост м²). Осанка. Походка.

Температура тела: нормальная, субфебрильная, высокая.

*Система органов дыхания*

Грудная клетка неизмененная: нормостеническая (коническая), гиперстеническая, астеническая.

Грудная клетка патологическая: эмфизематозная (бочкообразная), паралитическая, рахитическая (килевидная, куриная), воронкообразная, ладьевидная.

Деформация грудной клетки при искривлениях позвоночника: ско-лиотическая, кифотическая, лордотическая, кифосколиотическая.

Ассиметрия грудной клетки.

Тип дыхания: грудной, брюшной или смешанный. Частота дыхания (число дыхательных движений в минуту). Глубина дыхания - глубокое, поверхностное.

Ритм дыхания: ритмичное, изменение ритма при глубоком дыхании (дыхание Куссмауля), при удлинении вдоха (инспираторная одышка), при удлинении выдоха (экспираторная одышка).

Периодическое дыхание: Биота, Чейн-Стокса, Грокка.

Описание результатов пальпации грудной клетки: соответствует полу и возрасту, безболезненная, болезненность локальная или разлитая. Болезненность в точке Георгиевского-Мюссе (при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте проекции диафрагмального нерва). Болезненность по межреберным промежуткам. Боль при надавливании на ребра. Усиление или ослабление боли при наклоне больного в здоровую сторону. Эластичность (эластичная, ригидная). Изменение голосового дрожания (усиление, ослабление, симметричность). Шум трения плевры или шум плеска жидкости в плевральной полости.

Описание результатов перкуссии легких.

Топографическая перкуссия в положении больного стоя и сидя.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные  линии | Правое легкое,  межреберье | Левое легкое,  межреберье |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная |  |  |

Есть ли смещение нижнего легочного края книзу или кверху, смешение передних (внутренних) краев легких внутрь и кнаружи? Указать высоту стояния верхушек легких спереди и сзади, ширину полей Кренига. Есть ли снижение высоты стояния верхушек легких и сужение полей Кренига?

Указать активную подвижность легких по среднеключичной линии, средней подмышечной и лопаточной линиям, возможное ограничение или полное отсутствие активной подвижности у больного.

Сравнительная (качественная) перкуссия. Наличие в легких ясного легочного звука, тупого, притуплённого, тимпанического (коробочного) или металлического звуков, их локализация.

Описание результатов аускультации легких. Указать вид дыхания: везикулярное (альвеолярное) дыхание, везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, жесткое дыхание, бронхиального дыхания (амфорическое, металлическое), бронхнально-везикулярное дыхание.

Указать выслушиваются ли хрипы и какие: сухие хрипы — низкодискантные (жужжащие), высоко-дискантные (свистящие); влажные хрипы — звучные, незвучные, крупно-, средне-, мелкопузырчатые; крепитация начальная, конечная; шум трения плевры. Есть ли бронхофония?

**Список тем рефератов:**

1. Фибробронхоскопия.
2. Ретнгенография органов грудной клетки.
3. Исследование функции внешнего дыхания.
4. Компьютерная томография органов грудной клетки.
5. Радиоизотопная диагностика поражения дыхательной системы.

**Тема 7** *Расспрос и осмотр больных с заболеваниями органов пищеварительной системы. Лабораторно-инструментальные и рентгенологические методы исследования.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Перечислите жалобы пациента, при заболеваниях ЖКТ
2. Опишите особенности проведения исследования желудочного содержимого

Вариант 2

1. Изменение, каких показателей при исследовании желудочного содержимого характерно для язвы желудка.
2. Перечислите показания и противопоказания к проведению ФГДС

**Вопросы для устного опроса:**

1. Жалобы больных с желудочно-кишечными заболеваниями. Патогенез.

2. Общий и частный осмотр данных больных.

3. Рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

1. Исследование желудочного сока и дуоденального содержимого. Клиническая оценка. Анализ кала.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача № 1**

При фракционном зондировании у больного А получены следующие данные:

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет | 20  8  0  8  б/цв | 10  18  10  6  гол | 50  26  14  12  гол. | 20  32  24  8  б/гол | 15  48  30  18  б/цв | 30  50  23  16  б/цв | 25  50  26  14  б/цв | 20  60  28  12  б/цв | 22  60  30  12  б/цв | Единичные ядра  лейкоцитов.  Эпителий цилиндрический  плоский, единичный и не-  большими группами. |

дебит – час HCI 2,82 - мэкв/час;

дебит – час свободной HCI - 1,73 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI - 1,27 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову - 20 мг.

Есть ли в данном случае признаки поражения желудка?

**Задача № 2**

У больных Б и В несколько месяцев назад появились боли в эпигастии через 30 – 60 минут после еды, отрыжка кислым, изжога, периодически рвота. На обследование в больницу направлены впервые. При пальпации отмечена небольшая болезненность в эпигастральной области.

При исследовании желудочного содержимого обнаружили следующие изменения:

Исследование желудочного содержимого больного Б

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Слизь | 80  28  16  12  б/цв  + | 10  21  15  6  гол.  + | 100  64  36  28  гол.  + | 60  78  42  36  гол.  + | 40  96  58  38  гол.  + | 60  88  60  28  б/гол.  + | 30  84  75  9  б/цв  + | 40  84  59  25  б/цв  + | 50  74  49  25  б/цв  + | Лейкоциты,  значительное  количество.  Эпителий  желудочный  скоплениями. |

дебит – час HCI 15,13 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI 8,55 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI 6,54 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 70 мг

Исследование желудочного содержимого больного В

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Слизь  Кровь | 120  36  20  16  б/цв  +  + | 10  20  12  8  гол.  +  + | 120  58  36  22  гол.  +  + | 80  59  42  17  гол.  + | 50  74  54  20  гол.  + | 60  77  56  21  гол.  + | 40  120  85  35  б/гол.  + | 30  131  90  41  б/гол.  + | 50  126  85  41  б/гол.  + | Эритроциты  группами.  Эпителий  желудочный  скоплениями.  Ядра лейкоцитов. |

дебит – час HCI 15,58 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI 10,50 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI 5,08 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 65 мг.

О каких заболеваниях можно думать по этим анализам?

**Задача № 3**

В палату госпитализировали больных К и Н. Оба предъявляют жалобы на тупые, постоянные боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, плохой аппетит, потерю в весе. Болеют около 5 лет. Врачом в целях обследования больным было назначено желудочное зондирование. Получены следующие данные:

Исследование желудочного содержимого больного К

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопическое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая  кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Молочная  кислота  Кровь  Желчь | -  -  -  -  -  -  -  - | 20  2  0  2  гол.  +  + | 40  7  0  7  б/ гол.  +  + | 9  5  0  5  б/цв  +  + | 6  6  0  6  б/цв  +  + | 7  6  0  6  б/цв  +  +  + | 3  5  0  5  б/роз.  +  +  + | 3  4  0  4  б/роз.  +  +  + | 2  3  0  3  б/роз.  +  +  + | Эритроциты.  Палочки молочно-кислого  брожения. Ядра  лейкоцитов.  Сарцины.  Дрожжевые  грибки |

дебит – час HCI 0,42 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI --;

дебит – час связанной HCI 0,42 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 1 мг.

Исследование желудочного содержимого больного Н

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет | -  -  -  -  - | 12  4  0  4  гол. | 25  8  0  8  б/ гол. | 10  5  0  5  б/цв | 6  6  0  6  б/цв | 8  4  0  4  желт. | 4  3  0  3  б/цв | 3  2  0  2  б/цв |  | Лейкоциты в значительном количестве.  Эритроциты единичные. Эпителиальные  клетки неизмененные. |

Сычужный фермент в разведении 1:10 не обнаружен

дебит – час HCI 0,53 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI --;

дебит – час связанной HCI 0,53 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 0 мг.

О каких заболеваниях можно думать по данным анализа желудочного сока?

**Задача № 4**

При поступлении в стационар больная жаловалась на отвращение к пище, особенно мясной, неприятные ощущения в эпигастрии, похудание за 2 месяца на 8 кг, слабость, пониженную работоспособность, около 3 недель по вечерам субфебрильная температура. Из анамнеза известно, что заболевание началось где-то с полгода назад без всякой видимой для больной причины с неприятных ощущений в эпигастрии. Не обследовалась, самостоятельно лечилась таблетками Но-шпы. При объективном исследовании установлено: больная истощена, тургор кожи снижен, кожные покровы и слизистые бледные. Язык сухой, обложен белым налетом, изо рта неприятный запах. Живот обычной формы, передняя брюшная стенка истончена. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, а при глубокой в области желудка отчетливо пальпируется уплотнение размером до 5 см в диаметре, плотное, малоподвижное, болезненное, печень не пальпируется. При пальпации кишечника патологии не выявлено.

При исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты, сочетающееся с отсутствием пепсина и наличием молочной кислоты. При рентгеноскопии желудка отмечается по большой кривизне «дефект наполнения», отсутствие вмещаемости желудка. Ваш диагноз?

**Задача № 5**

Больной П. жалуется на ежедневные боли режущего характера в эпигастрии, появляющиеся через 2-3 часа после еды и даже ночами, изжогу, отрыжку кислым. Иногда появляется рвота кислым содержимым, которая приносит облегчение. Стул – один раз в 3 дня. Из анамнеза известно, что считает себя больным около трех лет, начало заболевания связывает с нервным стрессом. Отмечает ухудшение состояния каждую осень и весну. При объективном исследовании сознание ясное, телосложение нормостеническое, питание обычное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, язык обложен серо-белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации определяется болезненность в области привратника. Печень не пальпируется. Со стороны кишечника патологии при пальпации не выявлено. Исследование желудочного сока:

Порция натощак: количество — 160 мл; общая кислотность — 70; своб. НС1 - 60. Базальная секреция: время — 1 ч.; количество — 356 мл; общая кислотность — 65-105; своб. НС1 — 48-86. Максимальная секреция (после введе¬ние отвара сухой капусты): время — 1 ч.; количество — 320 мл; общая кислотность — 78-115; своб. НС1 - 60-92. Проба на содержание молочной кис¬лоты — отрицательная. Содержимое: серого цвета. Запаха и примеси нет. Leu в значительном количестве. Цилиндрический эпителий до 36 в поле зрения. Ег свежие, до 10 в поле зрения. Слизь в большом количестве.

При рентгенологическом исследовании в области луковицы 12-п.к. найдена «ниша». При ЭГДС – гиперемия и отечность слизистой луковицы 12-п.к., дефект слизистой размером в диаметре до 2 см. О чем должен подумать врач?

**Задача № 6**

В терапевтическое отделение поступил больной, который предъявлял жалобы на чувство тяжести и распирания в эпигастрии, потерю в весе, тошноту, частую рвоту.

На исследование в лабораторию доставлены рвотные массы больного, которые имели неприятный запах тухлых яиц, содержали пузырьки воздуха, остатки пищи, съеденной сутки назад, много слизи. Общая кислотность – 10 титрационных единиц, свободная – 0 титрационных единиц.

О каком поражении желудка нужно думать в данном случае?

**Задача № 7**

Больному И в порядке обследования желудочно-кишечного тракта произведено дуоденальное зондирование. Получены следующие данные:

*Желчь «А»*

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения

*Желчь «В»*

Прозрачность полная

Цвет темно-зеленый

Лейкоциты 5 – 10 в поле зрения

Желчь «С»

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 1 - 2 в поле зрения

Как вы оцениваете представленный выше результат? Имеется ли поражение желчевыводящих путей у этого больного?

**Задача № 8**

У больных К и Л периодически появляются приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек, обесцвеченным калом и мочой, имеющей цвет “пива”. При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Больной К | Больной Л |
| Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Цвет  Лейкоциты  Кристаллы  Слизь  Лямблии  Цвет  Прозрачность  Кристаллы  Слизь | **Желчь “А”**  мутная  светло-желтый  покрывают все поле зрения  значительное количество  **Желчь “В”**  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина в большом  количестве  много  нет  **Желчь “С”**  светло-желтый  обычная  холестерина в большом  количестве  много | хлопья  светло-желтый  40 – 50 в поле зрения  значительное количество  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина, покрывают все поле  поле зрения  найдены  золотисто-желтый  мутная  немного |

Какой диагноз вы поставите этим больным?

**Задача № 9**

У больных М и Н, находящихся на лечении в терапевтическом отделении, были жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, сопровождающиеся повышением температуры, тошнотой и рвотой желчью.

В порядке планового обследования им проведено исследование дуоденального содержимого; получены следующие результаты:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Больной М | | Больной Н |
| Цвет  Лейкоциты  Слизь  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Лямблии  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь | **Желчь “А”**  золотисто-желтый  2 – 3 в поле зрения  нет  **Желчь “В”**  мутная  темно-зеленый  20 – 30 в поле зрения  хлопья, значительное количество  есть  **Желчь “С”**  мутная  золотисто-желтый  1 – 2 в поле зрения  немного | желтый  30 – 40 в поле зрения  умеренная  мутная с хлопьями  темно-зеленый  покрывают все поле  -  -  мутная  желтый  до 40 в поле зрения  есть | |

О каких заболеваниях можно думать, имея такие данные?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Задача № 1**

Натощак в желудке небольшое количество сока (не более 50 мл), с низкими цифрами общей кислотности. После пробного завтрака общая и свободная кислотность не превышает норму. Имеется нормальная эвакуация из желудка. При микроскопии выявлены единичные эпителиальные клетки и ядра лейкоцитов.

Таким образом, в данном случае при исследовании желудочного сока патологии у больного А не выявлено.

**Задача № 2**

В полученных анализах желудочного сока у больных Б и В много общего. Так, имеется гиперсекреция натощак (количество сока более 50 мл). Общая и свободная кислотность в отдельных порциях превышает норму (соответственно 60 и 40 ед.). Однако выявлены и некоторые различия. Так, у больного В несколько замедлена эвакуация из желудка (окрашивание желудочного сока исчезает только через 1,5 часа, против 1 часа). Во всех порциях имеется примесь крови (что говорит о желудочном кровотечении). Это же подтверждается и обнаружением эритроцитов при микроскопическом исследовании.

Такое сочетание гиперсекреции, гиперацидного состояния и примеси крови в желудочном содержимом характерно для язвенной болезни.

У больного Б помимо вышеперечисленных изменений обнаружено много слизи, лейкоцитов, желудочного эпителия. Сочетание гиперсекреции, гиперхлоргидрии и воспалительных изменений характерно для хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

**Задача № 3**

У обоих больных выявлена гипосекреция – натощак желудочный сок отсутствует, а после пробного завтрака количество сока очень небольшое (меньше 50 мл). Общая кислотность снижена, а свободная отсутствует (ахлоргидрия). Обычно окончательно судить о возможности выработки соляной кислоты можно лишь после проведения гистаминовой пробы. Ускорена также эвакуация из желудка (через 45 минут окраска содержимого желудка исчезает).

У больного Н не обнаружено сычужного фермента, что указывает на ахилию. При микроскопии желудочного содержимого обнаружено значительное количество лейкоцитов, не измененных эпителиальных клеток, что указывает на воспалительный процесс в желудке. Таким образом, у больного имеются данные в пользу ахилического гастрита.

У больного К в желудочном содержимом найдена молочная кислота, кровь. При микроскопии – данных за воспалительный процесс не выявлено, однако найдены различные микроорганизмы. В норме их нет, а появляются они при отсутствии бактерицидного действия соляной кислоты. Полученные у него данные подозрительны для рака желудка, так как имеются признаки кровотечения, которые в данной ситуации могут быть за счет распада опухолевой ткани.

**Задача № 4**

Рак желудка.

**Задача № 5**

Язвенная болезнь: язва луковицы 12-п.кишки.

**Задача № 6**

По обильному количеству рвотных масс с содержанием в них пищи, съеденной несколько дней назад, можно заподозрить стеноз привратника. Данный диагноз подтверждается и жалобами больного на тяжесть, чувство распирания в желудке. Стеноз привратника развивается при рубцевании язвы двенадцатиперстной кишки или раке желудка. Отсутствие в желудочном содержимом соляной кислоты свидетельствует о раке желудка.

**Задача № 7**

Все порции желчи имеют характерную для них окраску, прозрачны, содержат единичные лейкоциты. В порции “В” всегда лейкоцитов несколько больше, чем в порциях “А” и “С”, так как пузырная желчь более концентрированная. Патологические примеси (слизь, кристаллы солей, паразиты) в них отсутствуют.

На основании этого можно сделать заключение, что у больного И нормальный состав желчи, а следовательно нет поражения желчевыводящих путей.

**Задача № 8**

У больного К во всех порциях много лейкоцитов, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре и желчных ходах. В пузырной желчи и порции “С” содержится много кристаллов холестерина, что указывает на калькулезный характер холецисто-холангита.

У больного Л патологические изменения выявлены в порциях “А” и “В”. В связи с тем, что содержимое порции “А”не имеет решающего диагностического

значения можно считать, что воспалительный процесс локализуется в желчном пузыре. Кроме того, в порции “В” содержится много кристаллов холестерина и лямблии. Следовательно, имеет место калькулезный холецистит лямблиозной этиологии.

**Задача № 9**

У больного М патологические изменения есть только в порции “В”, то есть в пузырной порции. В желчи содержится много лейкоцитов, слизи в виде хлопьев, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре. Наличие в ней лямблий указывает на этиологический фактор этого воспаления (лямблиозный холецистит).

У больного Н во всех порциях обнаружены лейкоциты в большом количестве, слизь. На основании этих данных можно думать о наличии у больного холецистита в сочетании с холангитом.

**Практическая подготовка на клинической базе**

**Схема курации пациента в терапевтическом отделении**

При оформлении фрагмента истории болезни обучающимся, необходимо, придерживаться рекомендуемой схемы курации пациента в терапевтическом отделении. История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. Необходимо, полностью провести обследование указанной системы пациента физическими методами исследования, применив с этой целью при изучении каждой системы органов, в строгой последовательности, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:

• Точность и логичность изложения;

• Исчерпывающая полнота необходимых сведений;

• Ясность изложения;

• Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

• Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

Образец

Титульный лист

ФГБОУ ВО ОрГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. К.М. Иванов

Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фрагмент написания истории болезни

Выполнил обучающийся \_\_\_\_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

Оренбург, 2019

Наименование лечебного учреждения:

НУЗ «Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Оренбург

Дата поступления больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Домашний адрес больного и близких родственников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Кем направлен больной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз, с которым был направлен в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Предварительный диагноз при поступлении в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Окончательный клинический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Перечислить жалобы, которые больной сам отмечает в момент расспроса или отмечал при поступлении в клинику. Сначала необходимо выделить основные (ведущие) жалобы, затем общие. На основании предъявленных жалоб сделать предположение о поражении какой системы идёт речь (система дыхания, кровообращения и т. д.). Уточнить, есть ли еще жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал.

Необходима конкретизация жалоб.

*Жалобы при поражении системы органов дыхания*: дыхание через нос: затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, насморк — выделения из носа (количество, характер, запах). Ощущение сухости и боли в горле при разговоре, глотании; нарушение голоса (сиплый, отсутствие голоса). Боли в грудной клетке: их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая), интенсивность, продолжительность, влияние на них движения, положения тела, дыхании и кашля, их иррадиация. Одышка: постоянная или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъеме на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление или усиление её в горизонтальном или вертикальном положении, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная). Удушье: время появления, сила, продолжительность. Кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой (влажный). Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов; время отхождения (утро, день, вечер), количество (за сутки и за один раз), запах и цвет ее, выделение в зависимости от положения больного. Кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками), цвет (алый, черный, желтый).

*Жалобы при поражении системы органов кровообращения:* болевые ощущения в области сердца или за грудиной: характер (колющие, сжимающие, давящие); сила; продолжительность (постоянные или приступообразные); иррадиация; условия, при которых возникают боли; поведение больного во время болей; от каких мероприятий успокаивается боль. Сердцебиение: постоянное или приступами; интенсивность; «перебои» в работе сердца; длительность; связь с физическим напряжением, движениями, волнениями, в покое, после приема пищи, в горизонтальном положении, при изменении внешней температуры. Одышка: (см. выше). Отеки: их локализация, особенности появления (утром, вечером), постоянные или исчезающие, интенсивность их появления, связь с физическим напряжением, приемом жидкости, тяжестью в правом подреберье.

*Жалобы при поражении системы органов пищеварения:* аппетит: хороший, удовлетворительный, отсутствие аппетита, жадность к еде, извращение аппетита. Отвращение к пище, особенно к мясной, либо быстрая насыщаемость.

Вкус: неприятный вкус во рту, горький вкус, сладкий, отсутствие или извращение вкуса.

Сухость во рту: при волнении, жажде, лихорадочном состоянии.

Глотание: болезненное, свободное, невозможное, затруднительное, за-труднение глотания сухой или жидкой пищи.

Отрыжка: пустая, воздухом, горькая, кислая, тухлым, пищей; время её появления, интенсивность, продолжительность. Есть ли срыгивания?

Изжога: частота появления, интенсивность, продолжительность. Зависит ли от приема и рода пищи?

Тошнота: частота появления, продолжительность, зависит от рода пищи, натощак, при головокружении, при изменении положения тела, нарушения равновесия.

Рвота: время появления (натощак, после еды); продолжительность, зависит ли от рода пищи, приема лекарств. Количество удаленного рвотой желудочного содержимого. Вкус рвотных масс: без вкуса, кислые, горькие. Характер рвоты: неперевариваемость, куски пищи, съеденные задолго до рвоты, пенистые рвотные массы, желтовато-зеленый цвет их от примеси крови к рвотным массам, в каком количестве и виде (неизмененная или измененная кровь), рвота чистой кровью, в виде кофейной гущи, рвота желтого или темно-бурого цвета с каловым запахом. Облегчение после рвоты.

Неприятные ощущения в подложечной области: появление их от всякой пищи или же в зависимости от рода пищи, качества или количества пищи.

Боли в подложечной области: локализация и характер боли, интенсивность.

Иррадиация болей: сверлящая боль в подложечной области, отдающая в позвоночник, отдающая в правую лопатку, в правое плечо. Условия, при которых появляются боли: связь с характером, количеством и качеством принятой пищи. Боли в подложечной области в зависимости от пищи, вне зависимости от пищи. Через сколько времени после приема пищи появляется боль (боль натощак или «голодные боли», ночные боли).

Продолжительность болей: проходит ли боль после приема пищи или жидкости, приема соды, после рвоты или отхождения газов. Влияние перемены положения тела и движений на усиление, ослабление и прекращение болей.

Периодичность болей: длительность светлых промежутков, времени года (осень, зима, весна, лето).

Чем сопровождаются боли: тошнотой, рвотой, температурой, головными болями, задержкой стула или жидким стулом, задержкой газов, появлением дегтеобразного стула.

Ненормальное ощущение в животе: вздутие, ощущение переливания, урчание. Боли острые, режущие, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные.

Стул: число испражнений, если стул бывает не ежедневно, то через сколько дней. Действие кишечника самостоятельное, с клизмой или слабительными. Чувство неполного опорожнения. Понос с указанием частоты испражнений. Смена поносов запорами. Непроизвольное испражнение. Боли при акте дефекации. Тенезмы. Зуд в области прямой кишки. Выпадение прямой кишки.

Стул: оформленный, кашицеобразный, жидкий, твердый, орешками - «овечий» кал, цвет. Примесь крови и слизи.

Отхождение газов: свободное, умеренное, обильное, без запахов, с резким запахом.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Раздел должен отражать время возникновения заболевания и динамику развития до начала курации. Особенно важным является выявление симптомов, что, в какой-то мере, позволяет решить вопрос о каком заболевании идёт речь – остром или хроническом. Путем соответствующих вопросов необходимо выяснить: начало болезни (когда и как она началась — внезапно или постепенно), каковы были ее проявления, ее дальнейшее течение (прогрессирующее или с перерывами, для хронических заболеваний продолжительность периодов обострений, рецидивов, ремиссий).

Следует установить причины и повод настоящего ухудшения заболевания (тяжелое нервное напряжение, травмы, физические перегрузки, погрешность в еде, простуда и другие).

Обращался ли к врачу, лечился ли и с каким результатом, какие проводились дополнительные исследования (анализа крови, мочи, ЭКГ, рентгеноскопия и др)? Какие ставили диагнозы лечащие врачи?

Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью (ухудшение болезни, появление новых симптомов и т. д.).

Кем больной направлен в стационар? Характер госпитализации (экстренный, плановый).

Трудо-экспертный анамнез: выдан ли и когда выдан листок нетрудоспособности на момент поступления в стационар, сколько дней нетрудоспособен.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Расспрос о жизни больного, следует начинать с общебиографических сведений: время и место рождения (географический район), место жительства, если он их менял в течение жизни.

*Социальный анамнез*: семейная обстановка, в которой родился; возраст родителей, перенесенные заболевания. Школьные годы: когда начал учиться, как проходило учение (насколько легко или трудно было учиться), сколько времени учился? Занимался ли в школе физкультурой и спортом? Общее и специальное образование больного. Для мужчин служба в армии.

*Профессиональный анамнез*: начало и характер труда всей жизни, профессиональные вредности в прошлом. Условия труда в настоящее время (продолжительность, умственная или физическая, ночная или дневная работа). Характеристика рабочего помещения (освещение, температура, сквозняки, пыль, наличие вредных веществ). Использование выходных дней, отпусков. Бытовые условия.

*Перенесенные заболевания, операции, травмы*: длительность и тяжесть их, осложнения, проводимое лечение (в стационаре, на дому, амбулаторно, санаторно-курортное). Обратить внимание па венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию.

*Семейный анамнез*: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их. Беременности и роды, мертворождаемость, аборты, их количество, причина осложнения. Есть ли живые дети, сколько?

*Наследственность:* необходимо выяснить состояние здоровья близких родственников: отца, матери, дедов, бабушек, сестер и братьев больного, детей и внуков, сестер и братьев отца и матери (если они умерли, то, в каком возрасте и от каких причин).

Обратить внимание на болезни, которые особенно сказываются на потомстве: сифилис, туберкулез, нервно-психические болезни, болезни обмена веществ, крови, алкоголизм, новообразования.

*Эпидемиологический анамнез*: выяснить был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, среди соседей, сослуживцев и т. д.). Не соприкасался ли с больными животными? Расспросить, где питается больной (в столовой, буфете, дома, какую употребляет воду (сырую, кипяченую, из водопровода или из других источников). Выезжал ли в другие города, районы. Не приезжали ли в семью больные лица из других мест жительства?

Не отмечал ли у себя в последнее время повышения температуры, рвоты, расстройства стула?

*Аллергический анамнез*: непереносимость лекарственных препаратов: наличие кожного зуда, различных сыпей, отека лица после приема антибиотиков и других препаратов лекарственных, непереносимость пищевых продуктов, сезонное появление насморка и слезотечения во время цветения полыни, амброзии, тополя.

*Негигиенические вредные привычки*: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление алкогольных напитков и наркотиков (частота, количество, как их переносит).

*Гемотрансфузионный анамнез*: переливалась ли кровь и кровезаменители, по какому поводу, сколько раз и в каком количестве, были ли осложнения на переливания и как они проявлялись. Является ли пациент донором?

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агональное.

Сознание: ясное, ступорозное (оцепенение), сопорозное (отупение), коматозное.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: (конституция); астеник, нормостеник, гиперстеник. Рост. Вес (масса тела). Индекс массы тела (ИМТ = вес кг /рост м²). Осанка. Походка.

Температура тела: нормальная, субфебрильная, высокая.

*Система органов дыхания*

Грудная клетка неизмененная: нормостеническая (коническая), гиперстеническая, астеническая.

Грудная клетка патологическая: эмфизематозная (бочкообразная), паралитическая, рахитическая (килевидная, куриная), воронкообразная, ладьевидная.

Деформация грудной клетки при искривлениях позвоночника: ско-лиотическая, кифотическая, лордотическая, кифосколиотическая.

Ассиметрия грудной клетки.

Тип дыхания: грудной, брюшной или смешанный. Частота дыхания (число дыхательных движений в минуту). Глубина дыхания - глубокое, поверхностное.

Ритм дыхания: ритмичное, изменение ритма при глубоком дыхании (дыхание Куссмауля), при удлинении вдоха (инспираторная одышка), при удлинении выдоха (экспираторная одышка).

Периодическое дыхание: Биота, Чейн-Стокса, Грокка.

Описание результатов пальпации грудной клетки: соответствует полу и возрасту, безболезненная, болезненность локальная или разлитая. Болезненность в точке Георгиевского-Мюссе (при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте проекции диафрагмального нерва). Болезненность по межреберным промежуткам. Боль при надавливании на ребра. Усиление или ослабление боли при наклоне больного в здоровую сторону. Эластичность (эластичная, ригидная). Изменение голосового дрожания (усиление, ослабление, симметричность). Шум трения плевры или шум плеска жидкости в плевральной полости.

Описание результатов перкуссии легких.

Топографическая перкуссия в положении больного стоя и сидя.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные  линии | Правое легкое,  межреберье | Левое легкое,  межреберье |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная |  |  |

Есть ли смещение нижнего легочного края книзу или кверху, смешение передних (внутренних) краев легких внутрь и кнаружи? Указать высоту стояния верхушек легких спереди и сзади, ширину полей Кренига. Есть ли снижение высоты стояния верхушек легких и сужение полей Кренига?

Указать активную подвижность легких по среднеключичной линии, средней подмышечной и лопаточной линиям, возможное ограничение или полное отсутствие активной подвижности у больного.

Сравнительная (качественная) перкуссия. Наличие в легких ясного легочного звука, тупого, притуплённого, тимпанического (коробочного) или металлического звуков, их локализация.

Описание результатов аускультации легких. Указать вид дыхания: везикулярное (альвеолярное) дыхание, везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, жесткое дыхание, бронхиального дыхания (амфорическое, металлическое), бронхнально-везикулярное дыхание.

Указать выслушиваются ли хрипы и какие: сухие хрипы — низкодискантные (жужжащие), высоко-дискантные (свистящие); влажные хрипы — звучные, незвучные, крупно-, средне-, мелкопузырчатые; крепитация начальная, конечная; шум трения плевры. Есть ли бронхофония?

*Система органов кровообращения*

Описать, есть ли сердечный горб, общее выбухание сердечной области, верхушечный толчок, отрицательный верхушечный толчок, сердечный толчок?

Описать пульсацию подключичных, плечевых, лучевых и других артерий; капиллярный пульс.

Описать, если есть расширение вен головы, шеи, верхних и нижних ко-нечностей, передней поверхности туловища; пульсация яремных вен (положительный и отрицательный венный пульс).

Охарактеризовать пульс: частоту, ритм, напряжение, наполнение, величину, форму.

Описание результатов пальпации области сердца и сосудов. При описании верхушечного толчка указать: локализацию, площадь, силу, смещение верхушечного толчка, связанное и несвязанное с изменением положения тела, наличие «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца, у основания сердца.

Описание результатов перкуссии сердца и крупных сосудов. Границы относительной тупости сердца:

правая граница - во II, III, IV межреберье;

левая граница - во II, III, IV и V межреберьях.

Указать величину поперечника сердца.

Описать границы абсолютной тупости сердца:

правая граница - в IV межреберье, левая граница – в V межреберье, верхняя граница - на уровне IV ребра, выше, ниже.

Указать ширину сосудистого пучка во II межреберье.

Описать результаты аускультации сердца и крупных сосудов. Указать какие тоны сердца: ритмичные, аритмичные, ясные, громкие, приглушенные, глухие, частоту сердечных сокращений. Ослабление или усиление обоих тонов. Ослабление первого тона, ослабление второго тона. Изменение тембра тонов сердца: хлопающий, первый тон, металлический оттенок тонов, глухой первый топ, «бархатный» тон, дребезжащий первый тон. Раздвоение тонов. Добавочные тоны: третий и четвертый тон. Ритм галопа (протодиастолический, мезодиастолический или пресистолический галоп). Ритм перепела. Описать, есть ли шумы при аускультации сердца? Систолический шум. Диастолический шум (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Точка максимальной громкости шума. Места проведения шумов сердца. Тембровая окраска (мягкий или дующий, грубый или скребущий, пилящий). Артериальное давление (АД) в мм.рт.ст., (со слов больного). Аускультация сонной и подключичной артерии — первый и второй тон. Бедренная артерия — первый тон. Двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова-Дюрозье на бедренной артерии, на плечевой и лучевой артериях. Шум волчка на правой яремной вене при повороте головы влево.

*Система органов пищеварения*

Описать состояние слизистой полости рта - наличие язв, пигментации, кровоизлияний, пятен. Изменение десен (разрыхленность десен, их кровоточивость), состояние зубов.

Охарактеризовать язык: увеличение размеров языка, окраска языка, обложенность налетом, состояние сосочков, наличие язв (язык чистый и влажный, серо-белый, малиновый, плохо-пахнущий, сухой, атрофический).

Запах изо рта (гнилостный, ацетоновый, уремический, печеночный). Явления ангулярного стоматита - воспаление слизистой оболочки и кожи в углах рта. Трещины губ (заеда).

Описание живота. Особенности кожи живота и степень развития подкожной жировой клетчатки. Увеличение живота в размере за счёт ожирения, асцита, метеоризма, наличия опухоли, увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов. Неравномерность увеличения отдельных частей живота. Наличие грыжевого выпячивания: пупочная грыжа, расширение пупочного кольца, послеоперационная вентральная грыжа, грыжа белой линии живота.

Расширение венозной сети па передней брюшной стенке («голова медузы»).

Описание результатов пальпация брюшной стенки и органов брюшной полости. Поверхностная, ориентировочная пальпация передней брюшной стенки - определить общую и локальную болезненности, степень напряжения мышц (дефанс), увеличенный органы (печень, селезёнка), наличие грыжи.

Используя глубокую, скользящую, топографическую и методическую пальпация по Образцову-Стражеско дать описание пальпируемых областей (перечислить сигмовидная, слепая, поперечно - ободочная кишка и т.д.): мягкие, безболезненный.

При наличии патологии описать: какой отдел кишечника плотный, бо-лезненный, неподвижный, неурчащий, бугристый, сильно перистальтирующий, скопление жидкого содержимого и газа.

Желудок - возможность пальпаторного определения большой и малой кривизны.

Поджелудочная железа - в норме пальпаторно не определяется, но при поверхностной и глубокая пальпация возможно наличие безболезненности в правой и средней частях эпигастрия, напряжение мышц.

Печень - особенности нижнего края, очертания (ровный, неровный), консистенция (плотный, мягкий), форма (заостренная, округленная), болезненность. Локализация нижнего края печени по отношению к реберной дуге. Поверхность печени - ровная, неровная, крупно - или мелкоузловатая.

Описание результатов перкуссии органов брюшной полости

Указать большой, средний и малые размеры печеночной тупости по Курлову в сантиметрах.

**Список тем рефератов:**

1. Рентгеноскопия желудка и двеннадцатиперстной кишки.
2. Эзофагогастродуоденоскопия.
3. Компьютерная или виртуальная колоноскопия.
4. Ректороманоскопия.
5. Ультразвуковое исследование органов ЖКТ.
6. Капсульная эндоскопия.
7. Балонная энтероскопия.
8. Манометрия.
9. Сцинтиграфия.

**Тема 8** *Расспрос и осмотр больных с патологией мочевыделительной системы. Лабораторно-инструментальные и рентгенологические методы исследования. Итоговое занятие по лабораторно-инструментальным методам исследования.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат;
* тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Опишите значение пробы Зимницкого.
2. Перечислите жалобы почечного пациента.

Вариант 2

1. Перечислите противопоказания для проведения пробы на концентрацию.
2. Данные осмотра почечного больного

**Вопросы для устного опроса:**

1. Жалобы больных с патологией системы мочевыделения.
2. Данные общего и частного осмотра при данной патологии.
3. Функциональные методы исследования (проба Зимницкого, на разведение и концентрацию, Реберга).
4. Лабораторные методы исследования (общий анализ мочи, проба по Нечипоренко, Аддис-Каковскому).
5. Общие представления о рентгенологических и ультразвуковых исследованиях.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача № 1**

Всем больным при общем клиническом обследовании обязательно проводится исследование мочи. Приводим наиболее распространенный вариант анализа мочи. Оцените его. Сопоставьте ваши данные с обсуждением. Исследование больного А, поступившего в клинику с болями в поясничной области

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 70,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | кислая |
| Удельный вес | 1020 |
| Прозрачность | полная |
| Белок | отсутствует |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Эпителиальные клетки | 1 – 2 плоские в поле зрения |

**Задача № 2**

Больные Б и В обратились к врачу в связи с тем, что заметили необычную кровянистую окраску мочи. Результаты исследование мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мочи | Больной Б | Больной В |
| Доставленное количество | 180,0 мл | 60,0 мл |
| Цвет | кровянистый | мясных помоев |
| Реакция | кислая | Кислая |
| Удельный вес | 1017 | 1024 |
| Прозрачность | мутная | слабо мутная |
| Белок | 0,33 %о | 1,84 %о |
| Микроскопия осадка  Эпителиальные клетки | плоские 10 – 11 в поле зрения | почечные, 1 – 2 в поле зрения |
| Лейкоциты | нет | 2 – 3 в поле зрения |
| Эритроциты | свежие 15 – 20 в поле зрения | выщелочные 30 – 60 в поле зрения |
| Гиалиновые цилиндры | нет | 1 – 2 в поле зрения |
| Соли | оксалаты в большом количестве | нет |

О каких заболеваниях можно думать по этим анализам? Какие признаки свидетельствуют об этом?

**Задача № 3**

В поликлинику обратился больной Г, который много лет страдает бронхоэктатической болезнью с частыми обострениями, выделением большого количества гнойной мокроты. Результаты исследование мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 120,0 |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | кислая |
| Удельный вес | 1028 |
| Прозрачность | прозрачна |
| Белок | 16,30 %о |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Цилиндры | - восковидные, 0 – 1 – 2 в поле зрения  - гиалиновые, 4 – 5 – 6 в поле зрения  - зернистые, 2 – 3 в поле зрения |
| Клетки почечного эпителия | 2 – 3 – 4 в поле зрения |

Чем обусловлены изменения в моче? Каков характер поражения почек в данном случае?

**Задача № 4**

После родов у больной Д длительное время сохраняются тянующие боли в пояснице. В связи с этим был произведен анализ мочи. Результаты исследование мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 40,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | щелочная |
| Удельный вес | 1008 |
| Прозрачность | Мутная |
| Белок | 0,33%о |
| Осадок | незначительный, рыхлый |
| Эпителиальные клетки | плоские, 1 – 2 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Эритроциты | выщелочные, 2 – 5 в поле зрения |
| Цилиндры | гиалиновые, 0 – 1 – 2 в поле зрения |

О каком заболевании можно думать в данном случае?

**Задача № 5**

После переохлаждения у больной Е появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу. Результаты исследование мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 40,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | щелочная |
| Удельный вес | 1028 |
| Прозрачность | мутная |
| Белок | 1,5 %о |
| Осадок | гнойный, тягучий |
| Эпителиальные клетки | мочевого пузыря с жировой дистрофией,  10 в поле зрения |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения |
| Эритроциты | свежие, 15 – 20 в поле зрения |
| Соли | аморфные фосфаты, трипельфосфаты |
| Бактерии | в значительном количестве |

Какое заболевание можно предположить в данном случае?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Задача № 1**

Представленный анализ является нормальным, так как моча имеет соломенно-желтый цвет, кислую реакцию, полную прозрачность. В моче отсутствует белок и другие патологические компоненты (сахар, желчные пигменты, ацетоновые тела и другие). При микроскопическом исследовании обнаружены единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия, которые попадают в мочу из наружных половых органов.

Боли в поясничной области у больного А нельзя связать с заболеванием почек.

**Задача № 2**

У больных Б и В прежде всего следует отметить кровянистую окраску мочи. Моча кислая, мутная, с нормальным удельным весом. Имеется в моче и белок, но в первом случае (больной Б) его очень мало, а во втором (больной В) он достигает 1,84 %о. Отличия имеются в характере эпителия. В первом случае он плоский, то есть попадает в мочу из мочеиспускательного канала и с наружных половых органов. Во втором случае – почечный, свидетельствующий о поражении почек. В моче обнаружены эритроциты, которые в случае Б свежие (внепочечные), из мочевыводящих путей. В случае В – выщелочные, то есть прошедшие через стенку капилляров почечных клубочков. Обнаружение в моче солей (оксалатов) в большом количестве указывает на возможность присутствия камней. Гиалиновые цилиндры, выявленные у больного В, являются белковыми образованиями канальцевого происхождения и встречаются при заболеваниях почек. Таким образом, у больного Б имеется поражение мочевыводящих путей, связанное с мочекаменной болезнью. У больного В – следует думать о поражении почечной паренхимы. Наличие большого количества белка, измененных эритроцитов, при нормальном удельном весе – характерно для острого гломерулонефрита без нарушения функциональной способности почек.

**Задача № 3**

Обращает внимание наличие большого количества белка и цилиндров в моче. Известно, что цилиндры представляют собой белковые и клеточные образования канальцевого происхождения. Встречаются они при дистрофических процессах в канальцах. Зернистые цилиндры образуются из распавшихся клеток почечного эпителия. Восковидные цилиндры характерны для хронических заболеваний почек.

Причиной таких дистрофических изменений является хронический нагноительный процесс, в частности, в легких. Развивается амилоидоз паренхиматозных органов и, в том числе, почек (амилоид-белково-углеводный комплекс, откладывающийся в межклеточном веществе паренхимы органа).

**Задача № 4**

В моче обнаружен ряд патологических признаков: изменена реакция мочи на щелочную, отмечено помутнение ее, снижен удельный вес, обнаружен белок в количестве 0,33 %о. При микроскопическом исследовании найдены выщелочные эритроциты, одиночные гиалиновые цилиндры, которые представляют собой белковые образования канальцевого происхождения. Низкий удельный вес мочи свидетельствует о снижении концентрационной функции почек. Белок и выщелочные эритроциты появляются при повышенной проницаемости сосудов клубочков почек. Сочетание таких изменений характерно для хронического поражения почек, с вовлечением в процесс клубочков (хронический гломерулонефрит).

**Задача № 5**

У больного явно патологическая моча. Она мутная, со щелочной реакцией, хотя удельный вес мочи не снижен. При микроскопии осадка клетки мочевого пузыря, масса лейкоцитов, бактерий, что указывает на воспалительный процесс в мочевом пузыре. Кроме того, найдены свежие эритроциты, соли, что свидетельствует о наличии камней и возможной травматизации слизистой. Белок в данном случае имеет внепочечное происхождение (за счет форменных элементов – гноя). Таким образом, имеющиеся нагноительные изменения в моче у больной Е, дают основания поставить диагноз мочекаменной болезни с явлениями цистита.

**Практическая подготовка на клинической базе**

**Схема курации пациента в терапевтическом отделении**

При оформлении фрагмента истории болезни обучающимся, необходимо, придерживаться рекомендуемой схемы курации пациента в терапевтическом отделении. История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. Необходимо, полностью провести обследование указанной системы пациента физическими методами исследования, применив с этой целью при изучении каждой системы органов, в строгой последовательности, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:

• Точность и логичность изложения;

• Исчерпывающая полнота необходимых сведений;

• Ясность изложения;

• Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

• Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

Образец

Титульный лист

ФГБОУ ВО ОрГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. К.М. Иванов

Преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фрагмент написания истории болезни

Выполнил обучающийся \_\_\_\_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

Оренбург, 2019

Наименование лечебного учреждения:

НУЗ «Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Оренбург

Дата поступления больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Домашний адрес больного и близких родственников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Кем направлен больной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз, с которым был направлен в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Предварительный диагноз при поступлении в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Окончательный клинический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Перечислить жалобы, которые больной сам отмечает в момент расспроса или отмечал при поступлении в клинику. Сначала необходимо выделить основные (ведущие) жалобы, затем общие. На основании предъявленных жалоб сделать предположение о поражении какой системы идёт речь (система дыхания, кровообращения и т. д.). Уточнить, есть ли еще жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал.

Необходима конкретизация жалоб.

*Жалобы при поражении системы органов дыхания*: дыхание через нос: затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, насморк — выделения из носа (количество, характер, запах). Ощущение сухости и боли в горле при разговоре, глотании; нарушение голоса (сиплый, отсутствие голоса). Боли в грудной клетке: их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая), интенсивность, продолжительность, влияние на них движения, положения тела, дыхании и кашля, их иррадиация. Одышка: постоянная или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъеме на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление или усиление её в горизонтальном или вертикальном положении, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная). Удушье: время появления, сила, продолжительность. Кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой (влажный). Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов; время отхождения (утро, день, вечер), количество (за сутки и за один раз), запах и цвет ее, выделение в зависимости от положения больного. Кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками), цвет (алый, черный, желтый).

*Жалобы при поражении системы органов кровообращения:* болевые ощущения в области сердца или за грудиной: характер (колющие, сжимающие, давящие); сила; продолжительность (постоянные или приступообразные); иррадиация; условия, при которых возникают боли; поведение больного во время болей; от каких мероприятий успокаивается боль. Сердцебиение: постоянное или приступами; интенсивность; «перебои» в работе сердца; длительность; связь с физическим напряжением, движениями, волнениями, в покое, после приема пищи, в горизонтальном положении, при изменении внешней температуры. Одышка: (см. выше). Отеки: их локализация, особенности появления (утром, вечером), постоянные или исчезающие, интенсивность их появления, связь с физическим напряжением, приемом жидкости, тяжестью в правом подреберье.

*Жалобы при поражении системы органов пищеварения:* аппетит: хороший, удовлетворительный, отсутствие аппетита, жадность к еде, извращение аппетита. Отвращение к пище, особенно к мясной, либо быстрая насыщаемость.

Вкус: неприятный вкус во рту, горький вкус, сладкий, отсутствие или извращение вкуса.

Сухость во рту: при волнении, жажде, лихорадочном состоянии.

Глотание: болезненное, свободное, невозможное, затруднительное, за-труднение глотания сухой или жидкой пищи.

Отрыжка: пустая, воздухом, горькая, кислая, тухлым, пищей; время её появления, интенсивность, продолжительность. Есть ли срыгивания?

Изжога: частота появления, интенсивность, продолжительность. Зависит ли от приема и рода пищи?

Тошнота: частота появления, продолжительность, зависит от рода пищи, натощак, при головокружении, при изменении положения тела, нарушения равновесия.

Рвота: время появления (натощак, после еды); продолжительность, зависит ли от рода пищи, приема лекарств. Количество удаленного рвотой желудочного содержимого. Вкус рвотных масс: без вкуса, кислые, горькие. Характер рвоты: неперевариваемость, куски пищи, съеденные задолго до рвоты, пенистые рвотные массы, желтовато-зеленый цвет их от примеси крови к рвотным массам, в каком количестве и виде (неизмененная или измененная кровь), рвота чистой кровью, в виде кофейной гущи, рвота желтого или темно-бурого цвета с каловым запахом. Облегчение после рвоты.

Неприятные ощущения в подложечной области: появление их от всякой пищи или же в зависимости от рода пищи, качества или количества пищи.

Боли в подложечной области: локализация и характер боли, интенсивность.

Иррадиация болей: сверлящая боль в подложечной области, отдающая в позвоночник, отдающая в правую лопатку, в правое плечо. Условия, при которых появляются боли: связь с характером, количеством и качеством принятой пищи. Боли в подложечной области в зависимости от пищи, вне зависимости от пищи. Через сколько времени после приема пищи появляется боль (боль натощак или «голодные боли», ночные боли).

Продолжительность болей: проходит ли боль после приема пищи или жидкости, приема соды, после рвоты или отхождения газов. Влияние перемены положения тела и движений на усиление, ослабление и прекращение болей.

Периодичность болей: длительность светлых промежутков, времени года (осень, зима, весна, лето).

Чем сопровождаются боли: тошнотой, рвотой, температурой, головными болями, задержкой стула или жидким стулом, задержкой газов, появлением дегтеобразного стула.

Ненормальное ощущение в животе: вздутие, ощущение переливания, урчание. Боли острые, режущие, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные.

Стул: число испражнений, если стул бывает не ежедневно, то через сколько дней. Действие кишечника самостоятельное, с клизмой или слабительными. Чувство неполного опорожнения. Понос с указанием частоты испражнений. Смена поносов запорами. Непроизвольное испражнение. Боли при акте дефекации. Тенезмы. Зуд в области прямой кишки. Выпадение прямой кишки.

Стул: оформленный, кашицеобразный, жидкий, твердый, орешками - «овечий» кал, цвет. Примесь крови и слизи.

Отхождение газов: свободное, умеренное, обильное, без запахов, с резким запахом.

*Жалобы при поражении системы органов мочевыделения:* боли в поясничной области: справа, слева, постоянные или приступами: характер болей - тупые, тянущие, ноющие, схваткообразные; при каких условиях появляются боли -длительная ходьба, прыжок, тряская езда, охлаждение, волнение. От чего усиливаются? Иррадиация болей - по ходу мочеточников, к мочевому пузырю, в мочеиспускательный канал.

Мочеиспускание: произвольное, свободное, затрудненное, болезненное, учащенное. Учащение днем или ночью. Боли при мочеиспускании в мочевом пузыре; боли, резь, жжение в мочеиспускательном канале. Боли в начале, во время, в конце мочеиспускания. Изменение струи мочи (прерывистая, по каплям, слабая). Недержание мочи. Суточное количество мочи.

Моча: цвет, прозрачность, осадок, примесь: гноя, слизи, крови. Гематурия (в начале, во время мочеиспускания, в конце).

Общие: ослабление зрения, сердцебиение, одышка, отеки век, лица.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Раздел должен отражать время возникновения заболевания и динамику развития до начала курации. Особенно важным является выявление симптомов, что, в какой-то мере, позволяет решить вопрос о каком заболевании идёт речь – остром или хроническом. Путем соответствующих вопросов необходимо выяснить: начало болезни (когда и как она началась — внезапно или постепенно), каковы были ее проявления, ее дальнейшее течение (прогрессирующее или с перерывами, для хронических заболеваний продолжительность периодов обострений, рецидивов, ремиссий).

Следует установить причины и повод настоящего ухудшения заболевания (тяжелое нервное напряжение, травмы, физические перегрузки, погрешность в еде, простуда и другие).

Обращался ли к врачу, лечился ли и с каким результатом, какие проводились дополнительные исследования (анализа крови, мочи, ЭКГ, рентгеноскопия и др)? Какие ставили диагнозы лечащие врачи?

Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью (ухудшение болезни, появление новых симптомов и т. д.).

Кем больной направлен в стационар? Характер госпитализации (экстренный, плановый).

Трудо-экспертный анамнез: выдан ли и когда выдан листок нетрудоспособности на момент поступления в стационар, сколько дней нетрудоспособен.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Расспрос о жизни больного, следует начинать с общебиографических сведений: время и место рождения (географический район), место жительства, если он их менял в течение жизни.

*Социальный анамнез*: семейная обстановка, в которой родился; возраст родителей, перенесенные заболевания. Школьные годы: когда начал учиться, как проходило учение (насколько легко или трудно было учиться), сколько времени учился? Занимался ли в школе физкультурой и спортом? Общее и специальное образование больного. Для мужчин служба в армии.

*Профессиональный анамнез*: начало и характер труда всей жизни, профессиональные вредности в прошлом. Условия труда в настоящее время (продолжительность, умственная или физическая, ночная или дневная работа). Характеристика рабочего помещения (освещение, температура, сквозняки, пыль, наличие вредных веществ). Использование выходных дней, отпусков. Бытовые условия.

*Перенесенные заболевания, операции, травмы*: длительность и тяжесть их, осложнения, проводимое лечение (в стационаре, на дому, амбулаторно, санаторно-курортное). Обратить внимание па венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию.

*Семейный анамнез*: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их. Беременности и роды, мертворождаемость, аборты, их количество, причина осложнения. Есть ли живые дети, сколько?

*Наследственность:* необходимо выяснить состояние здоровья близких родственников: отца, матери, дедов, бабушек, сестер и братьев больного, детей и внуков, сестер и братьев отца и матери (если они умерли, то, в каком возрасте и от каких причин).

Обратить внимание на болезни, которые особенно сказываются на потомстве: сифилис, туберкулез, нервно-психические болезни, болезни обмена веществ, крови, алкоголизм, новообразования.

*Эпидемиологический анамнез*: выяснить был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, среди соседей, сослуживцев и т. д.). Не соприкасался ли с больными животными? Расспросить, где питается больной (в столовой, буфете, дома, какую употребляет воду (сырую, кипяченую, из водопровода или из других источников). Выезжал ли в другие города, районы. Не приезжали ли в семью больные лица из других мест жительства?

Не отмечал ли у себя в последнее время повышения температуры, рвоты, расстройства стула?

*Аллергический анамнез*: непереносимость лекарственных препаратов: наличие кожного зуда, различных сыпей, отека лица после приема антибиотиков и других препаратов лекарственных, непереносимость пищевых продуктов, сезонное появление насморка и слезотечения во время цветения полыни, амброзии, тополя.

*Негигиенические вредные привычки*: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление алкогольных напитков и наркотиков (частота, количество, как их переносит).

*Гемотрансфузионный анамнез*: переливалась ли кровь и кровезаменители, по какому поводу, сколько раз и в каком количестве, были ли осложнения на переливания и как они проявлялись. Является ли пациент донором?

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агональное.

Сознание: ясное, ступорозное (оцепенение), сопорозное (отупение), коматозное.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: (конституция); астеник, нормостеник, гиперстеник. Рост. Вес (масса тела). Индекс массы тела (ИМТ = вес кг /рост м²). Осанка. Походка.

Температура тела: нормальная, субфебрильная, высокая.

*Система органов дыхания*

Грудная клетка неизмененная: нормостеническая (коническая), гиперстеническая, астеническая.

Грудная клетка патологическая: эмфизематозная (бочкообразная), паралитическая, рахитическая (килевидная, куриная), воронкообразная, ладьевидная.

Деформация грудной клетки при искривлениях позвоночника: ско-лиотическая, кифотическая, лордотическая, кифосколиотическая.

Ассиметрия грудной клетки.

Тип дыхания: грудной, брюшной или смешанный. Частота дыхания (число дыхательных движений в минуту). Глубина дыхания - глубокое, поверхностное.

Ритм дыхания: ритмичное, изменение ритма при глубоком дыхании (дыхание Куссмауля), при удлинении вдоха (инспираторная одышка), при удлинении выдоха (экспираторная одышка).

Периодическое дыхание: Биота, Чейн-Стокса, Грокка.

Описание результатов пальпации грудной клетки: соответствует полу и возрасту, безболезненная, болезненность локальная или разлитая. Болезненность в точке Георгиевского-Мюссе (при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте проекции диафрагмального нерва). Болезненность по межреберным промежуткам. Боль при надавливании на ребра. Усиление или ослабление боли при наклоне больного в здоровую сторону. Эластичность (эластичная, ригидная). Изменение голосового дрожания (усиление, ослабление, симметричность). Шум трения плевры или шум плеска жидкости в плевральной полости.

Описание результатов перкуссии легких.

Топографическая перкуссия в положении больного стоя и сидя.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные  линии | Правое легкое,  межреберье | Левое легкое,  межреберье |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная |  |  |

Есть ли смещение нижнего легочного края книзу или кверху, смешение передних (внутренних) краев легких внутрь и кнаружи? Указать высоту стояния верхушек легких спереди и сзади, ширину полей Кренига. Есть ли снижение высоты стояния верхушек легких и сужение полей Кренига?

Указать активную подвижность легких по среднеключичной линии, средней подмышечной и лопаточной линиям, возможное ограничение или полное отсутствие активной подвижности у больного.

Сравнительная (качественная) перкуссия. Наличие в легких ясного легочного звука, тупого, притуплённого, тимпанического (коробочного) или металлического звуков, их локализация.

Описание результатов аускультации легких. Указать вид дыхания: везикулярное (альвеолярное) дыхание, везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, жесткое дыхание, бронхиального дыхания (амфорическое, металлическое), бронхнально-везикулярное дыхание.

Указать выслушиваются ли хрипы и какие: сухие хрипы — низкодискантные (жужжащие), высоко-дискантные (свистящие); влажные хрипы — звучные, незвучные, крупно-, средне-, мелкопузырчатые; крепитация начальная, конечная; шум трения плевры. Есть ли бронхофония?

*Система органов кровообращения*

Описать, есть ли сердечный горб, общее выбухание сердечной области, верхушечный толчок, отрицательный верхушечный толчок, сердечный толчок?

Описать пульсацию подключичных, плечевых, лучевых и других артерий; капиллярный пульс.

Описать, если есть расширение вен головы, шеи, верхних и нижних ко-нечностей, передней поверхности туловища; пульсация яремных вен (положительный и отрицательный венный пульс).

Охарактеризовать пульс: частоту, ритм, напряжение, наполнение, величину, форму.

Описание результатов пальпации области сердца и сосудов. При описании верхушечного толчка указать: локализацию, площадь, силу, смещение верхушечного толчка, связанное и несвязанное с изменением положения тела, наличие «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца, у основания сердца.

Описание результатов перкуссии сердца и крупных сосудов. Границы относительной тупости сердца:

правая граница - во II, III, IV межреберье;

левая граница - во II, III, IV и V межреберьях.

Указать величину поперечника сердца.

Описать границы абсолютной тупости сердца:

правая граница - в IV межреберье, левая граница – в V межреберье, верхняя граница - на уровне IV ребра, выше, ниже.

Указать ширину сосудистого пучка во II межреберье.

Описать результаты аускультации сердца и крупных сосудов. Указать какие тоны сердца: ритмичные, аритмичные, ясные, громкие, приглушенные, глухие, частоту сердечных сокращений. Ослабление или усиление обоих тонов. Ослабление первого тона, ослабление второго тона. Изменение тембра тонов сердца: хлопающий, первый тон, металлический оттенок тонов, глухой первый топ, «бархатный» тон, дребезжащий первый тон. Раздвоение тонов. Добавочные тоны: третий и четвертый тон. Ритм галопа (протодиастолический, мезодиастолический или пресистолический галоп). Ритм перепела. Описать, есть ли шумы при аускультации сердца? Систолический шум. Диастолический шум (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Точка максимальной громкости шума. Места проведения шумов сердца. Тембровая окраска (мягкий или дующий, грубый или скребущий, пилящий). Артериальное давление (АД) в мм.рт.ст., (со слов больного). Аускультация сонной и подключичной артерии — первый и второй тон. Бедренная артерия — первый тон. Двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова-Дюрозье на бедренной артерии, на плечевой и лучевой артериях. Шум волчка на правой яремной вене при повороте головы влево.

*Система органов пищеварения*

Описать состояние слизистой полости рта - наличие язв, пигментации, кровоизлияний, пятен. Изменение десен (разрыхленность десен, их кровоточивость), состояние зубов.

Охарактеризовать язык: увеличение размеров языка, окраска языка, обложенность налетом, состояние сосочков, наличие язв (язык чистый и влажный, серо-белый, малиновый, плохо-пахнущий, сухой, атрофический).

Запах изо рта (гнилостный, ацетоновый, уремический, печеночный). Явления ангулярного стоматита - воспаление слизистой оболочки и кожи в углах рта. Трещины губ (заеда).

Описание живота. Особенности кожи живота и степень развития подкожной жировой клетчатки. Увеличение живота в размере за счёт ожирения, асцита, метеоризма, наличия опухоли, увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов. Неравномерность увеличения отдельных частей живота. Наличие грыжевого выпячивания: пупочная грыжа, расширение пупочного кольца, послеоперационная вентральная грыжа, грыжа белой линии живота.

Расширение венозной сети па передней брюшной стенке («голова медузы»).

Описание результатов пальпация брюшной стенки и органов брюшной полости. Поверхностная, ориентировочная пальпация передней брюшной стенки - определить общую и локальную болезненности, степень напряжения мышц (дефанс), увеличенный органы (печень, селезёнка), наличие грыжи.

Используя глубокую, скользящую, топографическую и методическую пальпация по Образцову-Стражеско дать описание пальпируемых областей (перечислить сигмовидная, слепая, поперечно - ободочная кишка и т.д.): мягкие, безболезненный.

При наличии патологии описать: какой отдел кишечника плотный, бо-лезненный, неподвижный, неурчащий, бугристый, сильно перистальтирующий, скопление жидкого содержимого и газа.

Желудок - возможность пальпаторного определения большой и малой кривизны.

Поджелудочная железа - в норме пальпаторно не определяется, но при поверхностной и глубокая пальпация возможно наличие безболезненности в правой и средней частях эпигастрия, напряжение мышц.

Печень - особенности нижнего края, очертания (ровный, неровный), консистенция (плотный, мягкий), форма (заостренная, округленная), болезненность. Локализация нижнего края печени по отношению к реберной дуге. Поверхность печени - ровная, неровная, крупно - или мелкоузловатая.

Описание результатов перкуссии органов брюшной полости

Указать большой, средний и малые размеры печеночной тупости по Курлову в сантиметрах.

*Система органов мочевыделения*

Описать наличие отеков и их характер: местный (локализация) или общий отек, мягкие или плотные, изменение кожи над областью отека.

Указать, есть ли припухания поясничной области (паранефрит), выбухания брюшной стенки (опухоль почки), выбухание в области мочевого пузыря (переполнение его).

Описание результатов пальпации почек и мочевого пузыря: возможность пальпаторного определения почек в положении стоя и лежа; возможность пальпации мочевого пузыря над лобком в зависимости от скопления в нем мочи. Определение болезненности при надавливании па поясницу в области проекции почек и при пальпации по ходу мочеточника.

Описание результатов перкуссии почек и мочевого пузыря: Симптом Пастернацкого (отрицательный, положительный). Определение перкуторного звука над лобком (переполненный или пустой мочевой пузырь).

**Список тем рефератов:**

1. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря.
2. Урография.
3. Цистография.
4. Нефросцинтиграфия.
5. Цистоскопия.
6. Нефроангиография.
7. Компьютерная томография МВС.
8. Биопсия почек.
9. Статическая сцинтиграфия.

**Тестовое задание для контроля знаний по 2 модулю**

**Вариант 1**

1. В НОРМЕ ЗА СУТКИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В СРЕДНЕМ МОЧИ:

а) 1000 мл;

б) 700 мл;

в) 1500 мл;

г) 3000 мл;

д) 5000 мл.

2. ИНТЕРВАЛ R-R ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ СООТВЕТСТВУЕТ ПО ВРЕМЕНИ:

а) систоле предсердий;

б) систоле желудочков;

в) диастоле сердца;

г) одному полному сердечному циклу.

3. НОРМА БИЛИРУБИНА (В МКМОЛЬ/Л) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:

а) 8,5-30,5;

б) 3,3-5,5;

в) 8,5-20,5;

г) 0-18.

4. СОСТОЯНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЗУБЕЦ:

а) P;

б) T;

в) S;

г) Q.

5. ПРОБОЙ ПО НЕЧИПОРЕНКО ОПРЕДЕЛЯЮТ:

а) выделительную функцию почек;

б) мочеобразующую функцию;

в) фильтрационную функцию;

г) концентрационную функцию.

6. ВЫДЕЛЕНИЕ БЕЛКА С МОЧОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) глюкозурия;

б) уробилинурия;

в) протеинурия;

г) гематурия.

7. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:

а) 1007-1014;

б) 1020-1025;

в) 1015-1020;

г) 1005-1025;

д) 1020-1030.

8. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ:

а) клинический анализ мочи;

б) проба по Зимницкому;

в) проба по Нечипоренко;

г) бактериологическое исследование мочи.

9. ПОСЛОЙНОЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ:

а) бронхография;

б) спирография;

в) томография;

г) флюорография.

10. СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА ЛУЧШЕ ОТРАЖАЕТ:

а) лабораторная диагностика;

б) рентгенологическое исследование;

в) ультразвуковое исследование;

г) электрокардиография.

11. ПОРЦИЯ «В» ЖЕЛЧИ ИМЕЕТ ЦВЕТ:

а) белый;

б) оливковый;

в) светло-желтый;

г) темно-желтый.

12. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ СОСТАВЛЯЕТ:

а) 1018-1025;

б) 1007-1010;

в) 1012-1015;

г) 1030-1040.

13. КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ):

а) 0;

6) 3;

в) 6;

г) 9.

14. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

а) увеличение креатинина и мочевины;

б) увеличение креатинина;

в) увеличение мочевины;

г) уменьшение креатинина и мочевины.

15. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 300 МЛ — ЭТО:

а) анурия;

б) никтурия;

в) олигурия;

г) полиурия.

16. КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В НОРМЕ У МУЖЧИН (В 1 Л):

а) 4,5-5,0 х 1012;

б) 4,5-5,0 х 109;

в) 6-8х109;

г) 6-8 х 109.

17. ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОТРАЖАЕТ:

а) количество гемоглобина;

б) количество эритроцитов;

в) степень насыщения эритроцитов гемоглобином;

г) степень насыщения лейкоцитов гемоглобином.

18. КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В НОРМЕ (В 1 Л):

а) 4-9х109;

6) 4-9х1012;

в) 1-2 х 1012

г) 9-12х109.

19. СОДЕРЖАНИЕ СЕГМЕНТОЯДЕРНЫХ НЕЙТРОФИЛОВ В ЛЕЙКОГРАММЕ В НОР¬МЕ (В %):

а) 20-40;

6) 47-72;

в) 6-8;

г) 0-1.

20. ПОЯВЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ В МОЧЕ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) гиперглюкозурия;

б) глюкозурия;

в) гипергликемия;

г) гиперпротеинемия.

**Вариант 2**

1. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК НАЗЫВАЕТСЯ:

а) холецистография;

б) пиелография;

в) холангиография;

г) ирригоскопия.

2. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КАРДИОЛОГИИ:

а) эхокардиография;

б) велоэргометрия;

в) рентгенография органов грудной полости;

г) все ответы верны.

3. ПРИ ПАТОЛОГИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ИЗМЕНЯЕТСЯ ПОРЦИЯ:

а) А;

б) В;

в) С;

г) все порции.

4. КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЮТ ПРОБОЙ:

а) по Зимницкому;

б) Аддис -Каковскому;

в) Нечипоренко;

г) суточная протеинурия.

5. СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

а) зубец P;

б) интервал PQ;

в) комплекс QRS;

г) интервал RR.

6. ВЫДЕЛЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ С МОЧОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) бактериурия;

б) гематурия;

в) цилиндрурия;

г) альбуминурия;

д) лейкоцитурия.

7. У БОЛЬНОГО ВЫДЕЛЯЕТСЯ МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ». НАЗОВИТЕ ЭТОТ СИМПТОМ:

а) микрогематурия;

б) лейкоцитурия;

в) бактериурия;

г) протеинурия;

д) макрогематурия.

8. СКРЫТЫЕ ОТЕКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ:

а) пробой по Аддис—Каковскому;

б) по Нечипоренко;

в) взвешиванием больного, измерением количества выпитой и выделенной жидкости, анализом мочи по Зимницкому

г) цистоскопией и пиелографией;

д) взвешиванием больного, измерением количества выпитой и выделенной жидкости, волдырной пробой МакКлюра—Олдрича,

9. ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ РАБОТЕ СЕРДЦА, РЕГИСТРИРУЕТ:

а) велоэргометрия;

б) фонокардиография;

в) электрокардиография;

г) эхокардиография.

10. КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ИССЛЕДУЕТСЯ:

а) при дуоденальном зондировании;

б) фракционном желудочном зондировании;

в) эндоскопическом исследовании;

г) рентгенологическом исследовании.

11. НОРМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ДНЕВНОГО И НОЧНОГО ДИУРЕЗА:

а) 3:1;

б) 2:1;

в) 1: 1;

г) 1:2.

12. КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО (В 1 МЛ) ДО:

а) 1 х 103;

б) 3 х 103;

в) 5 х 103;

г) 7 х 103.

13. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК ОТРАЖАЕТ:

а) общий анализ мочи;

б) проба Нечипоренко;

в) проба Зимницкого;

г) проба Аддиса—Каковского.

14. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 3 Л — ЭТО:

а) анурия;

б) никтурия;

в) олигурия;

г) полиурия.

15. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 40 МЛ — ЭТО:

а) анурия;

б) никтурия;

в) олигурия;

г) полиурия.

16. КОЛИЧЕСТВО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ У ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л):

а) 12-16;

6) 80-100;

в) 120-140;

г) 180-200.

17. ЗНАЧЕНИЕ СОЭ В НОРМЕ У МУЖЧИН (ММ/Ч):

а) 1-2;

6) 2-10;

в) 20-40;

г) 40-50.

18. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В НОРМЕ (В 1 Л):

а) 60-80 х 109;

б) 60-80 х 1012

в) 180-320 х 109;

г) 180-320 х 1012

19. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГИПОФИЗА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:

а) антропометрию;

6) общий анализ крови;

в) общий анализ мочи;

г) рентгенографию костей черепа.

20. СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК В НОРМЕ (ММОЛЬ/Л)

а) 1,1-2,2;

б) 3,3-5,5;

в) 6,6-8,8;

г) 8,8-9,9.

**Эталоны ответов**

I вариант

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | в | 11. | б |
| 2. | г | 12. | а |
| 3. | в | 13. | а |
| 4. | а | 14. | а |
| 5. | а | 15. | в |
| 6. | в | 16. | а |
| 7. | г | 17. | в |
| 8. | в | 18. | а |
| 9. | в | 19. | б |
| 10. | в | 20. | б |

II вариант

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | б | 11. | а |
| 2. | г | 12. | а |
| 3. | б | 13. | в |
| 4. | а | 14. | г |
| 5. | в | 15. | а |
| 6. | д | 16. | в |
| 7. | д | 17. | б |
| 8. | д | 18. | в |
| 9. | б | 19. | г |
| 10. | б | 20. | б |

**Модуль3** *Клинические синдромы в терапевтической практике*

**Тема 1** *Занятие в симуляционном центре для отработки практических навыков по легочной и кардиальной патологии.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

- письменный опрос,

-устный опрос,

-решение ситуационных задач,

-практические навыки по аускультации легких и аускультации сердца.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса**

Вариант 1

1. Неотложная помощь при кардиогенном шоке

2. Причины акцента 2 тона над легочным стволом

3. Крепитация

Вариант 2

1. Неотложная помощь при отеке легких
2. Описать шум при недостаточности митрального клапана
3. Шум трения плевры.

**Вопросы для устного опроса**

1. Практические навыки (аускультация) по легочной, сердечной патологии.

2. Алгоритм реанимационных мероприятий при неотложных состояниях в кардиологии, пульмонологии (кардиогенний шок, сердечная астма, отек легких).

**Тексты ситуационных задач (типовые)**

***Задача 1***

30-летняя женщина утром, по дороге с дачи на работу попала под проливной дождь. Днем появилась слабость, познабливание. Дважды принимала аспирин, после чего возникала рвота. Ночью появился сильный жар, озноб. Больная бредила. Утром следующего дня: слабость, плохое самочевствие, температура тела 39,7 С, появился сухой кашель, сопровождающийся болями в правой половине грудной клетки. Аналогичные боли возникают при глубоком вдохе. При осмотре состояние средней тяжести: лицо гиперемировано, число дыханий – 32 в 1 минуту, дыхание поверхностное, в верхних отделах правой половины грудной клетки притупление перкуторного звука и бронхиальное дыхание. Больная госпитализирована. Какой ваш предположительный диагноз?

Ответ: правосторонняя верхнедолевая пневмония

***Задача 2***

При профосмотре пациент 25 лет ни на что не жалуется, больным себя не считает, вредных привычек не имеет. При осмотре нормального телосложения (рост 182 см, вес 78 кг), голосовое дрожание в симметричных областях одинаковой силы, границы легких в норме, ЧДД – 16 в мин., обе половины симметрично участвуют в дыхании, при аускультации легких…

Ответ: везикулярное дыхание.

***Задача 3***

Во время тренировки конькобежец ощутил резкую боль в левой половине грудной клетки, одышку, слабость. При осмотре бледность с цианотичным оттенком, левая половина грудной клетки отстает при дыхании, отсутствует голосовое дрожание, перкуторно тимпанит, при аускультации …

Ответ: отсутствие везикулярного дыхания. Синдром компрессионного ателектаза при пневмотораксе.

***Задача 4***

Больной жаловался на кашель с большим количеством гнойной, дурно пахнущей мокроты, одышку, t° до 38°, слабость. Был поставлен диагноз абсцесса легкого, проведено лечение, в том числе и санационное с помощью фибробронхоскопии, состояние значительно улучшилось, кашель практически исчез, t° - 37,0°; одышка небольшая. При осмотре отставания грудной клетки нет, слева у угла лопатки небольшой участок усиления голосового дрожания, перкуторно здесь тимпанит, аускультативно… При R-графии легких полость с узким выходом в бронхит, что подтверждено и при фибробронхоскопии.

Ответ: бронхиальное полостное дыхание

***Задача 5***

У больного появилась боль при глубоком дыхании и сухом кашле в правой половине грудной клетки, t° - 38°, небольшая одышка. Боль может указать «одним пальцем». Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, аускультативно здесь ослабленное везикулярное дыхание, в болевой точке также слышно…

Ответ: шум трения плевры.

***Задача 6***

Больной курит много лет, по утрам кашляет с небольшим количеством мокроты – утренний туалет бронхов. Каждую весну и осень имеет обострение хронического бронхита. В этот раз беспокоит кашель в течении суток с небольшим количеством трудноотделяемой светлой мокроты, t° - 37,5°, небольшая одышка и хрипы в грудной клетке, которые слышит сам. Грудная клетка бочкообразной формы, голосовое дрожание равномерно ослаблено, при перкуссии коробочный оттенок, при аускультации легких – ослабленное везикулярное дыхание и …

Ответ: сухие хрипы. Синдром бронхиальной обструкции.

***Задача 7***

На осмотре у терапевта беременная на 9-ом месяце. Жалоб нет. При пальпации и перкуссии легких без особенностей. При аускультации несколько ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах сзади и …

Ответ: крепитация – физиологическая за счет спадения альвеол при высоком стоянии диафрагмы.

***Задача 8***

У больного стадия выздоровления после перенесенной нижнедолевой пневмонии, t° снизилась, одышка уменьшилась, имеет кашель с мокротой серо-зеленого цвета. При осмотре никаких особенностей нет, справа над нижней долей ослабление голосового дрожания, укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание и …

Ответ: влажные хрипы.

***Задача 9***

Больная В., 43 лет поступила в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, приступы удушья по ночам, сердцебиение с перебоями, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах. Больна ревматизмом около 20 лет, с 25 лет находят порок сердца, особенно плохо себя чувствует последние 5 лет, когда нарушился ритм, 2 года как периодически отмечает приступы удушья по ночам, инвалид II группы. Объективно: вынужденное положение с приподнятым головным концом, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, отеки стоп и голеностопных суставов, эпигастральная пульсация, положительный венный пульс, границы относительной сердечной тупости расширены в право в IV межреберье на 2 см и влево в III, IV, V межреберьях на 1,5 см. Сосудистый пучок 6 см. При аускультации ритм правильный, тоны приглушены, систоло-диастолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, грубый систолический шум на аорте. Печень +2 см, мягкая, болезненная при пальпации. В легких при аускультации ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах сзади. ЭКГ – мерцание предсердий с ЧСС 100-120 в мин. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Блокада правой ножки пучка Гисса. Начальная гипертрофия левого желудочка. Признаки гипертрофии правого желудочка. ЭХО-кардиоскопия: аорта не расширена. Д=25 мм (N до 30 мм), аортальные створки изменены, утолщены, спаяны между собой, снижено расхождение их в систолу 13 мм. Поток в аорту ускорен 1,85 м/с (N до 1,7 м/с). ΔР 12 мм.рт.ст. (N до 10 мм.рт.ст.) Регургитации над створками не выявлено. Полость левого предсердия 42 мм (N до 40 мм). Правый желудочек 32 мм (N до 30 мм). Полость правого предсердия 40 мм (N до 38 мм), полость левого желудочка 58 мм (N до 56 мм). Митральный клапан спаян по комиссурам, «П» - образный, снижено расхождение в диастолу до 16 мм (N 19 мм и выше). Трансмитральный поток ускорен до 2,0 м/с (N 1,0 м/с). ΔР ЛП/ЛЖ 14 мм.рт.ст. (N до 8 мм.рт.ст.) Над створками митрального клапана регургитация, выраженная широкой струей по передней створке ++, +++. Легочная артерия расширена, Д=25 мм (N 23 мм). Ускорен поток на легочной артерии до 1,16 м/с (N до 0,9 м/с). ΔР 10 мм.рт.ст. (N до 6 мм.рт.ст.) Легочная регургитация +. Трикуспидальная регургитация +++. У больного:

Сочетанный митральный поток,

Аортальный ( порок) стеноз с митрализацией,

+Сочетанный митральный порок + стеноз устья аорты.

***Задача 10***

Больная 53 лет страдает около 15 лет гипертонической болезнью, АД поднимается до 220/120 мм.рт.ст. Постоянно принимает гипотензивные препараты. При осмотре кожные покровы обычного цвета, одышка, отеков нет. Верхушечный толчок разлитой, ослабленный, на 1,5 см кнаружи в V межреберье, слева от l. Mediaclavicularis. Перкуторно расширена граница левой относительной тупости в IV и V межреберьях. При аускультации тоны приглушены, на верхушке нежный короткий, систолический шум, никуда не проводящийся. На аорте…

Ответ: слышен акцент 2 тона на аорте. На верхушке функциональная митральная недостаточность за счет гипертрофии левого желудочка.

***Задача 11***

Больная переболела в детстве ревматизмом, до 18-летнего возраста было две атаки, при осмотре отмечается моложавость, пониженного питания, на лице «митральная бабочка», при осмотре грудной клетки «сердечный горб». Жалобы лишь на небольшую одышку и боли в сердце при физической нагрузке. Верхушечный толчок в обычном месте, не усилен, не разлитой. Перкуторно левая граница расширена влево и вверх во II и III межреберьях. При аускультации: I тон на верхушке хлопающий, слышен диастолический шум с пресистолическим усилением и …

Ответ: ритм перепела «3-х членный ¾, характерный только для митрального стеноза».

***Задача 12***

Пациент больным себя не считает, жалоб не предъявляет. В детстве лежал в больнице с болями в суставах, вроде бы ставили «ревматизм». При устройстве на работу проходит осмотр у терапевта. Внешне без особенностей, нормального телосложения, обычного питания, ни цианоза, ни отеков нет. Верхушечный толчок в V межреберье слева по средне-ключичной линии, локализован, обычной силы. Перкуторно расширена левая граница относительной сердечной тупости в IV и V межреберьях на 1,5 см. При аускультации в I точке мелодия митральной недостаточности, при которой слышно…

Ответ: ослаблен I тон и систолический убывающий шум, занимающий всю паузу и проводящийся в т. Боткина

***Задача 13***

Пациентке 78 лет, много лет (около 20) болеет ИБС, перенесла 2 инфаркта миокарда (5 и 8 лет назад). Жалуется на стенокардитические боли, головные боли, головокружения, одышку при незначительной нагрузке. При внешнем осмотре кожные покровы бледные, верхушечный толчок усилен, разлитой, смещен влево и вниз (до VI межреберья и передне-подмышечной линии). Границы сердца расширены влево и вниз при перкуссии левой относительной тупости. В области II межреберья справа пальпируется систолическое «кошачье мурлыканье». При аускультации тон сердца на верхушке приглушен, во всех точках с максимумом на аорте слышен грубый, машинный…

Ответ: систолический ромбовидный шум самого частого порока в Европе – аортального стеноза.

***Задача 14***

При диспансеризации обращает на себя внимание бледность кожных покровов больного, «пляска каротид», симптом Мюссе (ритмичное покачивание головой назад-вперед соответственно сердечной деятельности) симптом Ландольфи – изменение диаметра обоих зрачков соответственно сердечной деятельности. Верхушечный толчок смещен влево и вниз, разлитой, усиленный. АД 120/30 мм.рт.ст. Пульс – большой, высокий, скачущий. При аускультации сердца тоны приглушены на верхушке, слышен нежный систолический короткий шум никуда не проводящийся (митрализация аортального порока по типу митральной недостаточности). На аорте слышно…

Ответ: диастолический шум аортальной недостаточности, проводящийся в т. Боткина – Эрба.

***Задача 15***

Больной предъявляет жалобы на одышку при нагрузке, постоянные перебои в работе сердца уже 5 лет, периодические отеки на ногах, бывают стенокардитические боли. Постоянно лечится амбулаторно и последние 2 года каждые полгода в стационаре. При осмотре акроцианоз губ, постозность голеней. Частота дыхательных движений 20 в мин. Пульс не ритмичный, слабого наполнения, напряжен, 73 уд./мин. Имеется дефицит пульса – 12 в мин. Верхушечный толчок смещен в V межреберье слева до среднеключичной линии, ослаблен, разлитой. Границы левой относительной тупости расширены в IV и V межреберьях на 1,5 см. При аускультации тоны сердца…

Ответ: альтернация I тона на верхушке при мерцательной аритмии.

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Аускультация легких спереди
2. Аускультация легких сзади.

Провести аускультацию легких, согласно, ниже описанным правилам.

Правила и техника аускультации

• Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, чтобы никакие посторонние шумы не заглушали выслушиваемые врачом звуки, и комфортная температура воздуха, чтобы больной мог находиться без рубашки.

• Во время аускультации больной стоит или сидит на стуле, в постели. Тяжелых больных выслушивают в положении лежа.

• Необходима герметизация системы "тело больного - ухо врача". Во время выслушивания стетоскоп нужно плотно, всей окружностью, прижать к коже больного, но не оказывать очень большого давления, иначе произойдет ослабление вибрации ткани в зоне прилегания стетоскопа, вследствие чего становятся тише также и выслушиваемые звуки. Стетоскоп врач плотно удерживает двумя пальцами. При густом волосяном покрове участок кожи, где производится выслушивание, можно смочить водой, чем устраняется возникновение дополнительных звуков.

• В ряде случаев следует пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных и сердечных шумов после кашля, физической нагрузки, при задержке дыхания, перемене положения тела и т.п. В частности, после выделения мокроты, выслушиваемые ранее в легких хрипы могут исчезнуть или изменить свой характер. Во время исследования, в соответствии с поставленной задачей, врач может менять положение больного. Например, диастолический шум аортальной недостаточности лучше выслушивается в положении больного сидя или стоя, а диастолический шум митрального стеноза - если больной лежит, особенно на левом боку. Необходимо также регулировать дыхание больного, а в некоторых случаях ему предлагают покашлять.

• Одно из основных правил аускультации требует, чтобы врач всегда пользовался тем аппаратом, к которому он привык. Необходимы также достаточные теоретические знания у врача, чтобы он мог правильно трактовать выслушиваемые звуки, и постоянные тренировки, приобретение навыка выслушивания. Только в этом случае аускультация как метод исследования раскрывает перед врачом все свои возможности.

Выслушиваемые при аускультации легких звуковые явления, возникающие в связи с актом дыхания, называются дыхательными шумами (murmura espiratoria). Различают основные (везикулярное и ларинго-трахеальное дыхание) и побочные (крепитация, хрипы, шум трения плевры) дыхательные шумы.

Правила аускультации легких

• Положение больного может быть различным, но лучше всего выслушивать сидячего больного. Руки обследуемого должны быть положены на колени.

• Аускультацию легких начинают с передней поверхности грудной клетки. Выслушивают строго симметричные участки, начиная с надключичных ямок постепенно перемещая фонендоскоп вниз и в стороны к средне-подмышечной линии.

• Затем выслушивают заднюю поверхность грудной клетки, начиная с надлопаточных областей, переходя к межлопаточному пространству и подлопаточной области. При этом пациента просят свести на груди руки, чтобы максимально «обнажить» легочную ткань в межлопаточном пространстве.

• При аускультации легких сначала оценивают основные дыхательные шумы. При этом больной должен дышать глубоко и равномерно, через нос, не очень форсированно.

• Лишь после этого, на фоне глубокого дыхания через рот, определяют наличие дополнительных шумов - хрипов, крепитации, шума трения плевры. Для лучшей дифференциации патологических шумов аускультацию повторяют после покашливания.

Провести аускультацию сердца, согласно, ниже описанным правилам.

Правила и техника аускультации

• Для получения достоверных результатов при аускультации необходима тишина в помещении, чтобы никакие посторонние шумы не заглушали выслушиваемые врачом звуки, и комфортная температура воздуха, чтобы больной мог находиться без рубашки.

• Во время аускультации больной стоит или сидит на стуле, в постели. Тяжелых больных выслушивают в положении лежа.

• Необходима герметизация системы "тело больного - ухо врача". Во время выслушивания стетоскоп нужно плотно, всей окружностью, прижать к коже больного, но не оказывать очень большого давления, иначе произойдет ослабление вибрации ткани в зоне прилегания стетоскопа, вследствие чего становятся тише также и выслушиваемые звуки. Стетоскоп врач плотно удерживает двумя пальцами. При густом волосяном покрове участок кожи, где производится выслушивание, можно смочить водой, чем устраняется возникновение дополнительных звуков.

• В ряде случаев следует пользоваться такими приемами, как выслушивание дыхательных и сердечных шумов после кашля, физической нагрузки, при задержке дыхания, перемене положения тела и т.п. В частности, после выделения мокроты, выслушиваемые ранее в легких хрипы могут исчезнуть или изменить свой характер. Во время исследования, в соответствии с поставленной задачей, врач может менять положение больного. Например, диастолический шум аортальной недостаточности лучше выслушивается в положении больного сидя или стоя, а диастолический шум митрального стеноза - если больной лежит, особенно на левом боку. Необходимо также регулировать дыхание больного, а в некоторых случаях ему предлагают покашлять.

• Одно из основных правил аускультации требует, чтобы врач всегда пользовался тем аппаратом, к которому он привык. Необходимы также достаточные теоретические знания у врача, чтобы он мог правильно трактовать выслушиваемые звуки, и постоянные тренировки, приобретение навыка выслушивания. Только в этом случае аускультация как метод исследования раскрывает перед врачом все свои возможности.

Выслушивание сердца является наиболее ценным из физикальных методов исследования. На практике, в основном, пользуются аускультацией с помощью стетоскопа или фонендоскопа, а также непосредственным выслушиванием сердца ухом (по В.П. Образцову).

Если позволяет состояние больного, сердце нужно выслушивать последовательно - в положении лежа (на спине), стоя и после физической нагрузки (10 приседаний). Чтобы дыхательные шумы не мешали выслушиванию звуков, исходящих из сердца, перед его выслушиванием необходимо предложить больному сделать глубокий вдох, полный выдох и в этом положении задержать дыхание. Нельзя слишком долго заставлять не дышать - это может вызвать нарушение ритма.

Для правильной оценки данных аускультации необходимо знать места лучшего выслушивания звуковых явлений, связанных с тем или иным клапаном. Проекции клапанов на переднюю грудную стенку расположены близко друг от друга. Митральный клапан проецируется слева у грудины в области прикрепления IV-ого ребра, трехстворчатый - на середине расстояния между местом прикрепления к грудине хряща III-его ребра слева и хряща V-ого ребра справа. Клапан легочного ствола проецируется во втором межреберье слева от грудины, клапан аорты - посередине грудины на уровне третьих грудных хрящей.

Однако выслушивание звуков сердца зависит не только от места возникновения звуковых колебаний, но и от их проведения по току крови и прилегания к грудной стенке отдела сердца, в котором они образуются. Это позволяет найти на грудной стенке зоны наилучшего выслушивания звуковых явлений, связанных с работой каждого клапана.

Выслушивание звуков, образующихся при работе клапанов сердца, проводится в определенной последовательности: митральный клапан, полулунный клапан аорты, полулунный клапан легочной артерии, трехстворчатый клапан. Такая очередность аускультации объясняется частотой их поражения и возможностью сравнения звуковой картины в различных точках.

Первая точка аускультации, верхушка сердца – место выслушивания митрального клапана. Во II-ом межреберье у правого края грудины выслушивается аортальный клапан (вторая точка). В симметричной точке во II-ом межреберье у левого края грудины - клапан легочной артерии (третья точка). У основания мечевидного отростка справа, где прикрепляется Y ребро к грудине - место выслушивания трехстворчатого клапана (четвертая точка). Точка Боткина-Эрба (III-е межреберье у левого края грудины) - дополнительная точка. В область точки Боткина-Эрба часто проводятся шумы (пятая точка).

При аускультации оцениваются звуки, возникающие в сердце при его работе (тоны, шумы).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

Студенты самостоятельно проводят отработку аускультации легких и сердца на тренажере симуляторе. Преподаватель контролирует их работу. Результаты записывают в рабочую тетрадь.

**Тема 2** *Основные легочные синдромы: синдром нарушения бронхиальной проходимости, уплотнения легочной ткани, воздушной полости в легком, повышенной воздушности легочной ткани.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для тестового контроля:**

**Вариант 1**

1.Основная жалоба пациента при бронхиальной астме

а) боль в грудной клетке

б) кашель с гнойной мокротой

в) приступ удушья

г) кровохарканье

2. Экспираторный характер одышки отмечается при

а) абсцессе легкого

б) бронхиальной астме

в) крупозной пневмонии

г) отеке легких

3. При экспираторной одышке затруднен

а) вдох

б) выдох

в) вдох и выдох

4. Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы

а) горизонтальное

б) горизонтальное с приподнятыми ногами

в) лежа на боку

г) сидя, опираясь о колени

5. Аускультативные данные при приступе бронхиальной астмы

а) крепитация

б) сухие свистящие хрипы

в) влажные хрипы

г) шум трения плевры

6 Наиболее информативный метод диагностики пневмонии

а) анализ мокроты

б) анализ крови

в) рентгенография грудной клетки

г) плевральная пункция

7. Осложнение очаговой пневмонии

а) абсцесс легкого

б) бронхит

в) туберкулез

г) рак легкого

8. Мокроту для бактериологического исследования собирают в

а) сухую пробирку

б) сухую банку

в) стерильную пробирку

г) стерильную банку

9. Осложнение крупозной пневмонии

а) бронхиальная астма

б) бронхит

в) плеврит

г) рак легкого

10. Кровохарканье наблюдается при

а) остром бронхите

б) бронхоэктатической болезни

в) бронхиальной астме

г) экссудативном плеврите

11. Абсцессом легкого может осложниться

а) острый бронхит

б) бронхиальная астма

в) очаговая пневмония

г) сухой плеврит

12. Появление обильной гнойной мокроты на фоне гектической лихорадки наблюдается при

а) абсцессе легкого

б) крупозной пневмонии

в) бронхиальной астме

г) раке легкого

13. Форма грудной клетки при эмфиземе

а) астеническая

б) гиперстеническая

в) нормостеническая

г) бочкообразная

14. Перкуторный звук при эмфиземе легких

а) коробочный

б) тимпанический

в) тупой

г) ясный

Вариант 2

1. Спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена в мокроте определяются при

а) абсцессе легкого

б) бронхиальной астме

в) раке легкого

г) туберкулезе

2. Пикфлоуметрия - это определение

а) остаточного объема

б) дыхательного объема

в) жизненной емкости легких

г) пиковой скорости выдоха

3. Основной возбудитель крупозной пневмонии

а) гонококк

б) пневмококк

в) стрептококк

г) стафилококк

4. Крепитация выслушивается при

а) бронхите

б) бронхиальной астме

в) крупозной пневмонии

г) сухом плеврите

5. "Ржавый" характер мокроты наблюдается при

а) остром бронхите

б) крупозной пневмонии

в) бронхиальной астме

г) экссудативном плеврите

6. Больной выделяет мокроту по утрам полным ртом при

а) бронхиальной астме

б) бронхоэктатической болезни

в) крупозной пневмонии

г) экссудативном плеврите

7. При бронхоэктатической болезни мокрота

а) "ржавая"

б) стекловидная

в) гнойная

г) розовая

8. Наиболее информативный метод диагностики бронхоэктатической болезни

а) бронхография

б) рентгеноскопия грудной клетки

в) спирография

г) флюорография

9. Над крупной свободной полостью абсцесса легкого определяется дыхание

а) амфорическое

б) бронхиальное

в) везикулярное

г) жесткое

10. Нижняя граница легких при эмфиземе

а) смещена вверх

б) смещена вниз

в) не изменена

11. Рентгенологический признак эмфиземы

а) полость с горизонтальным уровнем жидкости

б) гомогенное затенение с косой верхней границей

в) очаговое затенение

г) повышенная прозрачность легочных полей

12. Для абсцесса легкого характерна лихорадка

а) волнообразная

б) гектическая

в) извращенная

г) постоянная

13. Кровохарканье и легочное кровотечение может возникнуть при

а) абсцессе легкого

б) бронхиальной астме

в) остром бронхите

г) экссудативном плеврите

14. Гнойная мокрота наблюдается при

а) абсцессе легкого

б) бронхиальной астме

в) крупозной пневмонии

г) экссудативном плеврите

**Эталоны ответов**

Вариант 1

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Вариант ответа |
| 1 | В |
| 2 | Б |
| 3 | Б |
| 4 | Г |
| 5 | Б |
| 6 | В |
| 7 | А |
| 8 | Г |
| 9 | В |
| 10 | Б |
| 11 | В |
| 12 | А |
| 13 | Б |
| 14 | В |

Вариант 2

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Вариант ответа |
| 1 | Б |
| 2 | Г |
| 3 | Б |
| 4 | В |
| 5 | б |
| 6 | б |
| 7 | в |
| 8 | а |
| 9 | А |
| 10 | Б |
| 11 | Г |
| 12 | Б |
| 13 | А |
| 14 | А |

*Вопросы для устного опроса:*

1. Синдром нарушения бронхиальной проходимости (бронхиальная обструкция, в том числе и бронхоспазм). Этиология. Патогенез. Основные жалобы.

2. Данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации при данном синдроме. Инструментальные и рентгенологические данные.

3. Этиология, патогенез синдрома уплотнения легочной ткани. Основные жалобы.

4. Физикальные изменения при синдроме уплотнения. Инструментальные и рентгенологические данные.

5. Синдром воздушной полости в легком. Этиология. Жалобы.

6. Физикальные данные при этом синдроме. Что такое “амфорическое” дыхание?

7. Этиология, патогенез синдрома повышенной воздушности легких. Жалобы больных.

8. Данные физикального исследования, инструментальные и рентгенологические данные.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

У больного Н. выраженная одышка, стенотический характер дыхания

осиплость голоса, дисфагия, отек верхней половины туловища и шеи. Рентгенологически у больных М. и Н. расширения корней легкого и негомогенное затемнения по периферии, высокое стояние диафрагмы, смещение средостения в сторону “больного” легкого. На томограммах признаки обтурации бронха. В мокроте обнаружены опухолевые клетки. В крови нейтрофильный лейкоцитоз, анемия, ускоренная СОЭ.

Какой легочный синдром у больных Н?

**Задача 2**

У больного Д. в клинике заболевания следует выделить два «обособленных» периода. Первый период в течение 10 – 12 дней характеризовался общим недомоганием, слабостью ознобом, кашель со скудной мокротой, болью в грудной клетке, одышкой. Лихорадка в начале была ремитирующей (послабляющей), а затем гектической (истощающая). Перкуторный звук притупленный, а далее тупой. Дыхание везикулярное ослабленное, иногда с бронхиальным оттенком. В крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до миелоцитов, СОЭ более 60 мм/час. Рентгенологически картина инфильтрата в легочной ткани. Второй клинический период у больного Д. начался с внезапного обильного (“полным ртом”) выделения гнойной мокроты (более 370 мл). Мокрота имеет неприятный запах (зловонная), при стоянии разделяется на три слоя – слизистый, серозный и гнойный. Температура тела после отхождения мокроты понизилась до субфебрильной. Отмечается отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно – тимпанит, дыхание бронхиальное, амфорическое. Звонкие, влажные, крупнопузырчатые хрипы. В крови, помимо нейтрофилеза и ускоренной СОЭ, признаки железодефицитной анемии. В мокроте много лейкоцитов и эритроцитов, эластические волокна, обильная кокковая флора. Рентгенологически определяются просветвления с уровнем жидкости. Несмотря на изменения положения тела больного, уровень жидкости остается горизонтальным. О каком заболевании следует предположить?

**Задача 3**

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека. Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над - и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром

2. Перечислите необходимые дополнительные исследования

3. Назовите возможные осложнения данного заболевания

**Задача 4**

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте синдром.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Задача 1**

У больного Н синдром воздушной полости в легком.

**Задача 2**

Абсцесс легкого.

**Задача 3**

1. Эмфизема легких.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

• ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;

• связь возникновения приступов с периодом цветения;

• связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;

• наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);

• наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

• при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;

• при перкуссии легких коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;

• при аускультации сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания спирография (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

3. Астматический статус. Дыхательная недостаточность. Хроническое легочное сердце.

**Задача 4**

1. Синдром воспалительной инфильтрации в легком.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”;
* острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

* при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
* при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
* при пальпации ‑ усиление голосового дрожания;
* при аускультации ‑ ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затенение соответствующей доли легкого.

3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №2, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Астматический статус.
2. Рак легкого,
3. Бактериально-токсический шок.

**Тема 3** *Основные легочные синдромы: обтурационного и компрессионного ателектаза, скопления жидкости и воздуха в плевральной полости, дыхательная недостаточность.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для тестового контроля:**

**Вариант 1**

1. Пальцы в виде "барабанных палочек" и ногти в виде "часовых стекол" встречаются при

а) остром бронхите

б) очаговой пневмонии

в) крупозной пневмонии

г) бронхоэктатической болезни

2. Кровохарканье наблюдается при

а) остром бронхите

б) бронхоэктатической болезни

в) бронхиальной астме

г) экссудативном плеврите

3. Рентгенологический признак абсцесса легкого после прорыва в бронх

а) округлая тень

б) полость с горизонтальным уровнем жидкости

в) повышенная прозрачность легочных полей

г) тень поджатого легкого

4. Эластические волокна в мокроте определяются при

а) бронхиальной астме

б) бронхите

в) абсцессе легкого

г) очаговой пневмонии

5. Легочное кровотечение может возникнуть при

а) остром бронхите

б) бронхиальной астме

в) крупозной пневмонии

г) раке легкого

6. Притупление перкуторного звука и ослабление голосового дрожания происходит при

а) бронхите

б) пневмонии

в) сухом плеврите

г) экссудативном плеврите

7. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при

а) бронхиальной астме

б) крупозной пневмонии

в) хроническом бронхите

г) экссудативном плеврите

8. Место прокола при плевральной пункции

а) по верхнему краю ребра

б) по нижнему краю ребра

в) не имеет значения

9. При экссудативном плеврите аускультативно определяется

а) амфорическое дыхание

б) отсутствие дыхания на стороне поражения

в) крепитация

г) шум трения плевры

10. Рентгенологическая картина при экссудативном плеврите

а) полость с горизонтальным уровнем жидкости

б) повышенная прозрачность легких

в) гомогенное затенение части легкого со смещением органов средостения в здоровую сторону

г) гомогенное затенение части легкого со смещением органов средостения в больную сторону

**Вариант 2**

1. Плевритом может осложниться

а) бронхит

б) бронхиальная астма

в) туберкулез

г) эмфизема легких

2. Пациент занимает вынужденное положение лежа на больной стороне при

а) бронхите

б) бронхиальной астме

в) бронхоэктатической болезни

г) сухом плеврите

3. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, шум трения плевры

характерны для

а) бронхита

б) бронхиальной астмы

в) сухого плеврита

г) экссудативного плеврита

4. Экссудативным плевритом может осложниться

а) бронхиальная астма

б) бронхит

в) туберкулез

г) эмфизема

5. Притупление перкуторного звука и ослабление голосового дрожания происходит при

а) бронхите

б) пневмонии

в) сухом плеврите

г) экссудативном плеврите

6. Плевральную пункцию с диагностической целью назначают при

а) бронхиальной астме

б) крупозной пневмонии

в) хроническом бронхите

г) экссудативном плеврите

7. Место прокола при плевральной пункции

а) по верхнему краю ребра

б) по нижнему краю ребра

в) не имеет значения

8. При экссудативном плеврите аускультативно определяется

а) амфорическое дыхание

б) отсутствие дыхания на стороне поражения

в) крепитация

г) шум трения плевры

9. Рентгенологическая картина при экссудативном плеврите

а) полость с горизонтальным уровнем жидкости

б) повышенная прозрачность легких

в) гомогенное затенение части легкого со смещением органов средостения в здоровую сторону

г) гомогенное затенение части легкого со смещением органов средостения в больную сторону

10. При легочном кровотечении кровь бывает

а) алая, пенистая

б) темная, со сгустками

в) цвета «кофейной гущи»

г) вишневая

**Эталоны ответов**

Вариант 1

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Вариант ответа |
| 1 | Г |
| 2 | Б |
| 3 | Б |
| 4 | В |
| 5 | Г |
| 6 | Г |
| 7 | Г |
| 8 | А |
| 9 | Б |
| 10 | В |

Вариант 2

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Вариант ответа |
| 1 | В |
| 2 | Г |
| 3 | В |
| 4 | В |
| 5 | Г |
| 6 | Г |
| 7 | А |
| 8 | Б |
| 9 | В |
| 10 | А |

**Вопросы для устного опроса:**

1. Обтурационный, компрессионный ателектаз. Этиология, жалобы больных.

2. Физикальные изменения при обтурационном, компрессионном ателектазе. Данные инструментальных и рентгенологических исследований.

3. Этиопатогенез синдрома наличия воздуха и жидкости в плевральной полости, основные жалобы.

4. Физикальные, лабораторные, инструментальные и рентгенологические данные при указанном синдроме.

5. Недостаточность функции внешнего дыхания (показатели, основные причины). Острая и хроническая форма.

**Решение ситуационных задач**

**Текст ситуационных задач**

**Задача 1**

Больной И., 26 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. Больному легче сидеть, чем лежать. Болен 2-ю неделю.

Объективно: температура 37,80С. Состояние средней тяжести. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по средне-подмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 2

В пульмонологическое отделение больницы госпитализированы больные А, Б, В. Они предъявляли много различных жалоб, но всех их беспокоит постоянная одышка. Сходными оказались и некоторые физикальные данные. При пальпации грудной клетки – отсутствие голосового дрожания справа под лопаткой. Перкуторно ниже 5 ребра определяется тупой звук. Аускультативно в этой зоне дыхание не прослушивалось. При рентгенологическом исследовании обнаружено затемнение в нижних отделах правого легкого с косой верхней границей. С диагностической целью произведена пункция плевральной полости. Получена жидкость следующего состава:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характеристика плевральной жидкости | Больной А | Больной Б | Больной В |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Реакция Ривальта  Белок  Клетки мезотелия  Эритроциты  Нейтрофилы  Лимфоциты | соломенно-желтый  полная  1010  отрицательная  1 %  0 – 1 в поле зрения  -  0 – 1 в поле зрения  2 – 3 в поле зрения | соломенно-желтый  полная  1020  положительная  5 %  5 – 8 в поле зрения  1 – 2 – 3 в поле зрения  3 – 5 в поле зрения  20 – 25 в поле зрения | кровянистый  мутноватая  1022  положительная  5 %  атипические клетки  20 – 30 в поле зрения, свежие  3 – 4 в поле зрения  2 – 3 в поле зрения |

Попытайтесь определить к какому виду жидкости (экссудат, транссудат) относится содержимое плевральной полости у каждого из этих больных? О каком заболевании можно подумать, учитывая клеточный состав экссудата?

**Задача 3**

Больной А поступил в клинику с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, слабость, одышку, повышение температуры до 38 – 39 о. Болен 10 – 14 дней. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. При осмотре грудной клетки левая половина отстает при дыхании. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется.

Больной Б на протяжении 20 лет страдает гнойным обструктивным бронхитом. Одышка в покое, усиливается при нагрузке, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье за последние 2 – 3 года. Диффузный цианоз, пастозность голеней, эмфизематозная грудная клетка, положительный венный пульс. При осмотре и пальпации слева от грудины в IV – V межреберье, а также в подложечной области определяется пульсация.

Какие синдромы определяет тяжесть состояния больного А и больного Б?

**Задача 4**

Больной А поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 200,0 – 250,0 мл в сутки. Болен 12 – 15 лет, обострения ежегодные, сопровождаются повышением температуры до 38 – 39,5 о, обильными ночными потами, снижением аппетита. При осмотре больной пониженного питания, кожные покровы бледные, грудная клетка бочкообразная, пальцы в виде “барабанных палочек”, ногти напоминают часовые стекла. При каких длительно текущих легочных синдромах могут быть подобные изменения концевых фаланг пальцев?

**Задача 5**

У больного при осмотре левая половина грудной клетки выбухает, отстает в акте дыхания. Пальпация: в нижних отделах до 4-го ребра голосовое дрожание не определяется, выше 4-го ребра оно усилено. Перкуссия: с 4 ребра и ниже определяется зона тупого звука, выше 4 ребра притупление. Аускультация: слева с 4 ребра и ниже – отсутствие везикулярного дыхания, выше – смешанное дыхание. Для какого синдрома это характерно:

воздух в плевральной полости

жидкость в плевральной полости

обтурационный ателектаз

**Задача 6**

Больной К, 30 лет, слесарь, поступил в клинику с жалобами на резкую общую слабость, боли в правой половине грудной клетки, кашель с отделением небольшого количества мокроты ржавого цвета, повышенную температуру. Болен в течение недели, начало заболевания связывает с переохлаждением (стоял у окна с открытой форточкой). Аллергологический анамнез благоприятный. Курит, алкоголь употребляет неумеренно. Из перенесенных заболеваний помнит частые простудные заболевания. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные с асимметричным румянцем на правой щеке. Дыхание справа щадящее (правая половина грудной клетки отстает в акте дыхание). Перкуторный звук притуплен справа ниже угла лопатки и снаружи. Дыхание справа в зоне притупления не прослушивается. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, чистые. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС – 88, ЧДД – 21 в минуту. Живот безболезненный, печень несколько увеличена. Анализ крови:эр – 4550000,НВ – 120г/л, лейкоциты 10800, э-4,п-9,с-78, Л -9, СОЭ – 35 мм/ч Анализ мочи: уд.вес 1018, лейкоцитов 1-2 в п.зр, эр ед. в п/зр. Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочный рисунок слева без особенностей, справа нижняя доля интенсивно затемнена, синус запаян, определяется косовосходящий уровень жидкости. Диагноз?

Эталоны ответа

Задача 1

1. Экссудативный плеврит справа.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* синдром интоксикации, сухой кашель, нарастающая одышка, чувство тяжести в одной половине грудной клетки;
* постепенное начало заболевания;
* вынужденное положение сидя;

2) объективные данные:

* при осмотре: отставание при дыхании и выбухание пораженной половины грудной клетки; вынужденное положение пациента сидя
* при перкуссии: тупой звук над областью поражения, смещение левой границы сердца;
* при пальпации: ослабление голосового дрожания;
* при аускультации: дыхание над пораженной областью резко ослаблено.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Рентгенография органов грудной клетки: затемнение в нижних отделах грудной клетки с косой верхней границей, смещение органов средостения в здоровую сторону, плевральная пункция.

3. Дыхательная и сердечная недостаточность, развитие плевральных спаек.

**Задача 2**

У больного А – трансудат, характерный для заболеваний сердечно-сосудистой системы, у больного Б – эксудат, воспалительной этиологии, у больного В – эксудат опухолевого происхождения.

**Задача 3**

Тяжесть состояния больного А обусловлена синдромами: синдром скопления жидкости в плевральной полости, интоксикационным, дыхательной недостаточности. У больного Б – синдром нарушения бронхиальной проходимости, повышенной воздушности легочной ткани, дыхательной недостаточности.

**Задача 4**

Синдром воздушной полости в легком, дыхательной недостаточности.

**Задача 5**

Жидкость в плевральной полости

**Задача 6**

Правосторонняя нижнедолевая крупозная пневмония, осложненная экссудативным плевритом.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №2, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. Легочное кровотечение
3. Спонтанный пневмоторакс
4. Легочное сердце

**Тема 4** *Симптоматология наиболее распространенных заболеваний органов дыхания: острого и хронического бронхита, бронхиальной астмы, очаговой и крупозной пневмонии.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

*-письменный опрос,*

*-устный опрос,*

*-тестирование,*

*-практические навыки,*

*-реферат.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса**

Вариант 1

1. ОА мокроты при бронхиальной астме

2. Физикальные данные во 2 стадию крупозной пневмонии

Вариант 2

1. ОА мокроты при крупозной пневмонии
2. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы

**Вопросы для устного опроса:**

1. Общие представления об этиологии и патогенезе хронического бронхита.

2. Клиническая симптоматика хронического бронхита. Основные синдромы, выделяемые при данном заболевании. Физикальные данные.

3. Лабораторно-инструментальные, рентгенологические показатели, подтверждающие вышеуказанный диагноз, основные принципы лечения.

4. Этиология, патогенез пневмонии. Классификация пневмоний.

5. Клиническая симптоматика пневмоний. Вопросы диагностики, лечения.

6. Этиология, патогенез бронхиальной астмы. Классификация.

**Тестовые задания:**

Вариант 1

1#Какой фактор не участвует в механизме удушья при бронхиальной астме?

+альвеолярный отек,

отек слизистой бронхов,

бронхоспазм,

повышение секреции слизи,

нарушение выделения мокроты

2#Экспираторная одышка наиболее характерна для

экссудативного плеврита

+приступа бронхиальной астмы

сердечной астмы

бронхоэктатической болезни

3#Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, кашле, возникают при:

+сухом плеврите

бронхоэктатической болезни

экссудативном плеврите

хроническом бронхите

4# Какой перкуторный звук характерен для абсцесса легкого после прорыва гнойника:

ясный, легочный

тупой

+тимпанический

коробочный

5#Уменьшение активной подвижности нижнего легочного края наблюдается при всем,

кроме:

эмфиземы легких

+острого бронхита

экссудативного плеврита

сращения и облитерации плевральных листков

Вариант 2

1#Для какого из перечисленных заболеваний наиболее характерен кашель с выделением

слизисто-гнойной мокроты:

первая стадия крупозной пневмонии

сухой плеврит

+обострение хронического бронхита

2#Сухой кашель наиболее характерен для:

второй стадии крупозной пневмонии

периода после прорыва абсцесса легкого

обострения хронического бронхита

+ларингита

3#Для какого синдрома характерно кровохарканье:

синдром повышенной воздушности легочной ткани

синдром скопления жидкости в плевральной полости

синдром скопления жидкости и газа в плевральной полости

+синдром полости в легком

4#Усиление голосового дрожания наблюдается при:

остром бронхите

+второй стадии крупозной пневмонии

бронхиальной астме

эмфиземе легких

5#Какой перкуторный звук характерен для повышенной воздушности легочной ткани:

ясный, легочный

тупой

тимпанический

+коробочный

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №2, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Атипичные пневмонии
2. Вирусные пневмонии
3. Бактериально-токсический шок
4. Осложнения пневмонии

**Тема 5** *Симптоматология плевритов, бронхоэктатической болезни, абсцесса легкого, рака легкого.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

*-письменный опрос,*

*-устный опрос,*

*-тестирование,*

*-практические навыки,*

*-реферат.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса**

Вариант 1

1. ОА мокроты при абсцессе легкого

2. Отличия экссудата от транссудата

Вариант 2

1. ОА мокроты при центральном раке легкого
2. Физикальные данные во 2 стадию легочного абсцесса

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология плевритов. Клиническая симптоматика, физикальные данные.
2. Диагностическое значение рентгенологических изменений в диагностике плевритов, плевральной пункции.
3. Классификация нагноительных заболеваний легких. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, клиническая симптоматика, физикальные данные, лабораторно-инструментальная диагностика.
4. Абсцесс легкого. Этиология, клиническая симптоматика, физикальные данные в зависимости от стадии патологического процесса.
5. Рак легких. Этиология, патогенез. Клиническая симптоматика.
6. Методы исследования, подтверждающие диагноз рака легкого (рентгенологические, инструментальные, патоморфологические).

**Тексты ситуационных задач (типовые)**

**Задача 1**

# В приемном отделении машиной скорой помощи из спортивного зала доставлен молодой человек, 23 лет, у которого во время подъема штанги появилась резкая боль в правой подключичной области, нарастающая одышка. при осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии определяется тимпанический звук. При аускультации выявлено значительное ослабление дыхания и бронхофонии. О какой патологии можно думать:

крупозная пневмония

экссудативный плеврит

+спонтанный пневмоторакс

приступ удушья бронхиальной астмой

обтурационный ателектаз

**Задача 2**

# У пациента Т., 52 лет, при осмотре: грудная клетка бочкообразной формы. Выявлен тупой эпигастральный укол, горизонтальное расположение ребер, над- и подключичные ямки сглажены. При пальпации: голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон, несколько ослаблено. При перкуссии: коробочный перкуторный звук. При аускультации: над обоими легкими выслушивается одинаковое ослабленное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Что у пациента:

полость в легком, связанная с бронхом

долевое воспалительное уплотнение легкого

+эмфизема легких

сужение просвета бронхов вязким экссудатом

**Задача 3**

# Больной 60 лет поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей. Объективно: положение ортопноэ, набухание шейных вен, асцит, отеки на ногах, пульс 100 ударов в 1 мин, АД – 90/60 мм рт. ст. над нижними отделами легких определяется укорочение перкуторного звука, дыхание не выслушивается. О недостаточности какого отдела сердца можно думать:

левый желудочек

правое предсердие

+правый желудочек

левое предсердие

**Задача 4**

У больного З. при расспросе установили быструю утомляемость, плохой сон, понижение аппетита, похудание, сердцебиение, затруднение дыхания преимущественно на выдохе, при физической нагрузке или в покое; одышку, доходящую до удушья; мокрота преимущественно слизистая; кашель преимущественно сухой, связан с погодой и временем года.

Осмотр: состояние средней тяжести или тяжелое, сознание больного сопорозное, лицо цианотично, акроцианоз; грудная клетка эмфизематозная, подключена вспомогательная дыхательная мускулатура, надключичные ямки выбухают, грудная клетка ригидная, занимает инспираторное положение; пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». Затруден выдох, одышка при физической и в покое, бывает удушье; дыхание поверхностное, с открытым ртом, видна эпигастральная пульсация. Пальпация: голосовое дрожание ослаблено; определяется сердечный толчок; межреберные промежутки широкие. Перкуссия: ясный легочный звук с коробочным оттенком, нижняя граница легких опущена, изменены перкуторные границы сердца, главным образом, уменьшена абсолютная тупость сердца. Аускультация: бронхофония ослаблена, дыхание везикулярное ослабленное, с удлиненным выдохом; хрипы преимущественно сухие, изменяются после кашля, иногда влажные, незвучные, разнокалиберные. Лабораторно–инструментальные данные: эритроцитоз, эозинофилия. Рентгеноскопически – эмфизема легких, повышенная прозрачность легких, пневмосклероз. ЭКГ – перегрузка малого круга кровообращения, гипертрофия правых отделов сердца: дистрофия миокарда. О каком синдроме идет речь в данном случае?

Ответ: синдром бронхиальной обструкциии.

**Задача 5**

Одышка выражена в покое. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание от III ребра и ниже не проводится. Перкуторно определяется тимпанический звук. Дыхание не прослушивается. Бронхофония не проводится. Выше III ребра голосовое дрожание проводится. Здесь же притупленный тимпанит, дыхание ослабленное, бронхиальное. О каком патологическом синдроме Вы думаете?

Ответ: пневмоторакс.

**Задача 6**

Одышка, приступы удушья с затруднением выдоха. Кашель сухой, при перкуссии над поверхностью грудной клетки звук легочный, в нижне-боковых отделах с коробочным оттенком. Дыхание над поверхностью легких жесткое, масса сухих свистящих хрипов на всем протяжении. Голосовое дрожание и бронхофония в нижне-боковых отделах ослаблены. О каком патологическом синдроме Вы думаете?

Ответ: синдром бронхиальной обструкциии.

**Задача 7**

Одышка при физической нагрузке. Кашель сухой много лет. Грудная клетка бочкообразная, ригидная. Голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии коробочный звук более выражен в нижне-боковых отделах. Дыхание резко ослаблено, везикулярное. Бронхофония ослаблена. О каком патологическом синдроме Вы думаете?

Ответ: эмфизема.

**Задача 8**

У больного М. отмечается надсадный кашель, мокрота с прожилками крови, повышение температуры тела, ослабленное бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного тона доходит до каменистой тупости. У больного Н. выраженная одышка, стенотический характер дыхания, осиплость голоса, дисфагия, отек верхней половины туловища и шеи. Рентгенологически у больных М. и Н. расширения корней легкого и негомогенное затемнения по периферии, высокое стояние диафрагмы, смещение средостения в сторону «больного» легкого. На томограммах признаки обтурации бронха. В мокроте обнаружены опухолевые клетки. В крови нейтрофильный лейкоцитоз, анемия, ускоренная СОЭ. О каком заболевании следует предположить у больных М. и Н.?

Ответ: центральный рак легкого, синдром обтурационного ателектаза.

**Задача 9**

У больного Д. в клинике заболевания следует выделить два «обособленных» периода. Первый период в течение 10 – 12 дней характеризовался общим недомоганием, слабостью ознобом, кашель со скудной мокротой, болью в грудной клетке, одышкой. Лихорадка в начале была ремитирующей (послабляющей), а затем гектической (истощающая). Перкуторный звук притупленный, а далее тупой. Дыхание везикулярное ослабленное, иногда с бронхиальным оттенком. В крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до миелоцитов, СОЭ более 60 мм/час. Рентгенологически картина инфильтрата в легочной ткани. Второй клинический период у больного Д. начался с внезапного обильного («полным ртом») выделения гнойной мокроты (более 370 мл). Мокрота имеет неприятный запах (зловонная), при стоянии разделяется на три слоя – слизистый, серозный и гнойный. Температура тела после отхождения мокроты понизилась до субфебрильной. Отмечается отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно – тимпанит, дыхание бронхиальное, амфорическое. Звонкие, влажные, крупнопузырчатые хрипы. В крови, помимо нейтрофилеза и ускоренной СОЭ, признаки железодефицитной анемии. В мокроте много лейкоцитов и эритроцитов, эластические волокна, обильная кокковая флора. Рентгенологически определяются просветления с уровнем жидкости. Несмотря на изменения положения тела больного, уровень жидкости остается горизонтальным. О каком заболевании следует предположить?

Ответ: абсцесс легкого.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №2, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Нагноительные заболевания легких
2. Рак легких

**Тема 6** *Основные сердечные синдромы: аритмии сердца, блокады.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Классификация аритмий

2. Физикальные данные при фибрилляции предсердий

Вариант 2

1.Неотложная помощи при пароксизме наджелудочковой тахикардии

2.Приступ Морганьи-Эдамса-Стокса

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология и патогенез нарушения ритма сердца.

2. Клиническая симптоматика и ЭКГ-диагностика экстрасистолии, мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии.

3. Механизм и виды нарушения проводимости (блокады).

4. Симптоматика и ЭКГ-диагностика блокад. Синдром Морганьи-Эдамса-Стокса.

**Отработка практических навыков: расшифровка ЭКГ**

**Задания к пленкам ЭКГ** (алгоритм анализа ЭКГ подробно описан в 1 занятии 2 модуля)

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Темы рефератов:**

*1.Экстрасистолия*

*2. Фибрилляция, трепетание предсердий*

*3.Наджелудочковые пароксизмальные тахикардии*

*4.Желудочковые пароксизмальные тахикардии*

*5.Неотложная помощь при жизнеугрожающих аритмиях*

*6. Атриовентрикулярные блокады*

*7. Диагностика нарушений ритма и проводимости*

*8. Аритмогенный шок*

**Тема 7** *Основные сердечные синдромы: острая левожелудочковая недостаточности, хроническая сердечная недостаточность.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для тестового контроля:**

**Вариант 1**

1. Кровохарканье является частым признаком

а) аортальной недостаточности

б) инфаркта миокарда

в) стенокардии

г) митрального стеноза

2. При экссудативном перикардите больной занимает вынужденное

положение

а) горизонтальное

б) горизонтальное с приподнятыми ногами

в) лежа на боку

г) сидя с наклоном туловища вперед

3. Главный этиологический фактор развития гипертонической болезни

а) нервно-психическое перенапряжение

б) гломерулонефрит

в) ожирение

г) болезнь Иценко-Кушинга

4. Сильная головная боль, тошнота, рвота, "мушки" перед глазами,

напряженный пульс наблюдаются при

а) обмороке

б) коллапсе

в) гипертоническом кризе

г) стенокардии

5. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли

возникает при нагрузке высокой интенсивности

а) первый

б) второй

в) третий

г) четвертый

6. Местное артериальное малокровие - это

а) анемия

б) ишемия

в) гипоксия

г) гипоксемия

7. Типичная форма инфаркта миокарда

а) абдоминальная

б) ангинозная

в) астматическая

г) безболевая

8. Осложнение инфаркта миокарда, требующее реанимационных

мероприятий

а) кардиогенный шок

б) коллапс

в) синусовая тахикардия

г) фибрилляция желудочков

9. Клинические симптомы кардиогенного шока

а) лихорадка, лимфаденопатия

б) лихорадка, кашель со "ржавой" мокротой

в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс

г) резкое повышение АД, напряженный пульс

10. В первые дни больному инфарктом миокарда назначают режим

а) строгий постельный

б) постельный

в) полупостельный

г) амбулаторный

**Вариант 2**

1. При гипертоническом кризе аускультативно отмечается

а) ослабление первого тона на верхушке

б) ослабление второго тона на верхушке

в) акцент второго тона на аорте

г) акцент второго тона на легочной артерии

2. Осложнение гипертонической болезни

а) инсульт, инфаркт миокарда

б) обморок, коллапс

в) ревматизм, порок сердца

г) пневмония, плеврит

3. У больного на фоне гипертонического криза появились удушье и обильная

пенистая розовая мокрота - это

а) крупозная пневмония

б) легочное кровотечение

в) отек легких

г) тромбоэмболия легочной артерии

4. Твердый, напряженный пульс наблюдается при

а) гипертоническом кризе

б) обмороке

в) коллапсе

г) кардиогенном шоке

5. Фактор риска развития атеросклероза

а) высокий уровень холестерина

б) занятия физической культурой

в) неотягощенная наследственность

г) рациональное питание

6. Осложнение атеросклероза

а) асцит

б) инфаркт миокарда

в) пиелонефрит

г) пневмония

7. Антиатерогенными являются липопротеиды

а) высокой плотности

б) низкой плотности

в) очень низкой плотности

г) общий холестерин

8. Сжимающие боли за грудиной, иррадиирущие под левую лопатку,

продолжительностью 5-10 минут, характерны для

а) бактериального эндокардита

б) инфаркта миокарда

в) ревматического эндокардита

г) стенокардии

9. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли

возникает при ходьбе менее чем на 100 м или в покое

а) первый

б) второй

в) третий

г) четвертый

10. Функциональный класс стенокардии, при котором приступ боли возникает при нагрузке высокой интенсивности

а) первый

б) второй

в) третий

г) четвертый

**Эталоны ответов:**

**1 вариант**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Г |
| 2 | Г |
| 3 | А |
| 4 | В |
| 5 | Г |
| 6 | Б |
| 7 | Б |
| 8 | А |
| 9 | В |
| 10 | А |

**2 вариант**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | В |
| 2 | А |
| 3 | В |
| 4 | А |
| 5 | А |
| 6 | Б |
| 7 | А |
| 8 | Г |
| 9 | Г |
| 10 | Г |

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез и симптоматика острой левожелудочковой недостаточности (сердечная астма, отек легких).

2. Неотложная помощь при острой левожелудочковой недостаточности (сердечная астма, отек легких).

3. Этиология, патогенез и симптоматика хронической сердечной недостаточности (ХСН) – левожелудочковой и правожелудочковой. Принципы лечения.

4. Классификация ХСН по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко. Функциональные классы ХСН.

**Темы рефератов:**

*1. Сердечная астма*

*2.Кардиогенный отек легких*

*3.Острая правожелудочковая недостаточность*

*4. Тромбоэмболия легочной артерии*

*5. Диагностика хронической сердечной недостаточности*

*6. Принципы лечения хронической сердечной недостаточности*

*7. Неотложная помощь при острой левожелудочковой сердечной недостаточности.*

*3. Тестовые задания*

**Тема 8** *Основные сердечные синдромы: артериальные гипертонии и гипотонии, гипертония малого круга кровообращения.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

-письменный опрос,

-устный опрос,

-решение ситуационных задач,

-тестирование

-рефераты

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Стадии гипертонической болезни

2. Гипертонический криз 1 типа, неотложная помощь

Вариант 2

1. Физикальные данные при легочной гипертензии

2. Гипертонический криз 2 типа, неотложная помощь

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез, клинические признаки синдрома артериальной гипертензии (АГ). Степени тяжести артериальной гипертонии.

2. Понятие о симптоматической гипертонии.

3. Клинические признаки ренальной, реноваскулярной, эндокринной, церебральной гипертонии.

4. Поражение органов – “мишеней” при артериальной гипертензии.

5. Синдром артериальной гипотонии (этиология, клинические признаки).

6. Этиология, симптоматика гипертензии малого круга кровообращения, диагностические критерии.

**Тестовые задания:**

Вариант 1

1#Важнейшими признаками хронической левожелудочковой недостаточности является все,

кроме:

+цианоз

кашель

иногда кровохарканье

одышка

2#Кровохарканье наиболее часто встречается при:

гипертонической болезни

инфекционном эндокардите

+митральном стенозе

недостаточности трехстворчатого клапана

3#Визуально сердечный толчок проявляется как:

разлитая пульсация слева у грудины, распространяющаяся на подложечную область;

пульсация во II-III межреберье слева у грудины;

+ограниченная ритмическая пульсация в V межреберье слева кнутри от средне-ключичной

линии;

пульсация во II межреберье справа от грудины.

4#Усиленный и разлитой сердечный толчок и эпигастральная пульсация наблюдаются при:

гипертрофии левого желудочка

+гипертрофии левого предсердия

гипертрофии и дилатации правого желудочка

5#Для хронической правожелудочковой недостаточности характерно все, кроме:

цианоза

отеков

водянки полостей

+кровохарканья

увеличения печени

6#Пульсация вен шеи, если она совпадает с систолой желудочков и пульсом сонной артерии

и чаще всего появляется при недостаточности трехстворчатого клапана, называется:

+положительным венным пульсом

отрицателиным венным пульсом

пульсам Квинке

7#Низкий сердечный выброс и снижение компенсаторных возможностей сердца характерны

для:

+систолической СН

диастолической СН

8#Повышение легочного венозного давления, давления в легочных капиллярах и их

проницаемости наблюдается в том случае, когда:

+выброс правого желудочка больше левого;

выброс правого и левого желудочка одинаков

снижен выброс правого желудочка

9#Уменьшение одышки при ортопноэ вызывает:

увеличение венозного притока к правому желудочку

компенсаторную тахикардию

+уменьшение венозного притока к правому желудочку

10#Появление одышки, тахикардии, утомляемости только при физической нагрузке

соответствует следующей стадии сердечной недостаточности:

+I

II

III

11#Тяжелые нарушения гемодинамики с развитием необратимых застойных явлений в органах и общей дистрофией, иногда истощением, полной потерей трудоспособности соответствует следующей стадии сердечной недостаточности:

I

II

+III

12# Артериальная гипертония – это повышение давления выше

130/80 мм рт. ст.

+140/90 мм рт. ст.

120/80 мм рт. ст.

13#Видимая на глаз пульсация расширенного ствола легочной артерии выявляется как:

пульсация слева у грудины, распространяющаяся на подложечную область

пульсация во II-III межреберье слева от грудины

ограниченная ритмическая пульсация в V межреберье слева, кнутри от срединно-ключичной линии

+пульсация во II межреберье справа от грудины

14#Смещение влево левой границы относительной сердечной тупости наблюдается при всем, кроме:

правостороннеого гидроторакса

левостороннего гидроторакса

правостороннеого пневмоторакса

+левостороннеого обтурацонного ателектаза

15#При тромбоэмболии легочной артерии развивается синдром:

острой левожелудочковой недостаточности

+острой правожелудочковой недостаточности

хронической правожелудочковой недостаточности

16#Перегрузка правого желудочка развивается при:

сужении перешейка аорты

+легочной гипертензии

недостаточности аортального клапана

Вариант 2

1#Для застоя крови в малом круге кровообращения характерен симптом:

cardialgia

palpitation cordis

+asthma cardiale

hepatomegalia

2#Наибольшее значение в патогенезе сердечных отеков имеет:

увеличение гидростатического давления в венозном русле большого круга кровообращения

снижение онкотического давления плазмы

+задержка натрия и воды вследствие активации ренин-ангиотензин-альдостероновой

системы

повышение проницаемости сосудов

3#Для отеков, обусловленных правожелудочковой недостаточностью, характерно все, кроме

первоначального проявления на стопах и голенях

сочетания с выраженным периферическим акроцианозом

+сочетания с диффузным цианозом

усиления или появления отеков к вечеру

4#Расширение границ абсолютной сердечной тупости наблюдается во всех случаях, кроме:

+дилатации правого желудочка

высокого стояния диафрагмы

низкого стояния диафрагмы

сморщивания легочных краев

5#Для сердечной астмы характерно все, кроме:

приступообразно возникающего приступа удушья

положения ортопноэ

появления или увеличения влажных мелкопузырчатых хрипов задненижних отделов легких

+появления быстро нарастающих отеков

6#Приспособительной реакцией, обеспечивающей увеличение минутного объема

кровообращения, является симптом:

одышка

перебои в работе сердца

боли в сердце

ортопноэ

+тахикардия

7#Проявлением застоя в большом круге кровообращения является признак:

пульсация сонных артерий

+набухание шейных вен

положительный венный пульс

8#Повышение конечного диастолического давления в левом желудочке, развитие миогенной

дилатации ЛЖ, застой крови в легких возникают при сердечной недостаточности:

правожелудочковой

+левожелудочковой

тотальной

9#Наиболее информативным методом инструментальной диагностики сердечной

недостаточности является:

+ЭхоКГ

ЭКГ

ФКГ

рентгенография сердца

10#Постоянная одышка, тахикардия, застой в малом круге кровообращения соответствует

следующей стадии сердечной недостаточности:

I

+II

III

11#При синдроме артериальной гипертензии гипертрофируется:

правый желудочек

+левый желудочек

левое и правое предсердие

межжелудочковая перегородка

12#Левая граница относительной сердечной тупости в норме определяется:

в IV межреберье по левой срединно-ключичной линии

+в V межреберье на 1-2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

в V межреберье на 1-2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии

13#Видимая на глаз пульсация при аневризме восходящей дуги аорты выявляется как:

+пульсация слева у грудины, распространяющаяся на подложечную область

пульсация во II-III межреберье слева от грудины

ограниченная ритмическая пульсация в V межреберье слева, кнутри от срединно-ключичной линии

пульсация во II межреберье справа от грудины

14#Правая граница относительной сердечной тупости в норме определяется:

в V межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины

+в IV межреберье по правому краю грудины или на 1 см кнаружи от правого края грудины

в IV межреберье на 3 см кнаружи от правого края грудины

15# В норме верхушечный толчок визуально проявляется как:

пульсация слева у грудины, распространяющаяся на подложечную область

+пульсация во II-III межреберье слева от грудины

ограниченная ритмическая пульсация в V межреберье слева, кнутри от срединно-ключичной линии

пульсация во II межреберье справа от грудины

16#Перегрузка левого желудочка развивается при:

легочной гипертензии

недостаточности трикуспидального клапана

+митральной недостаточности

**Тексты ситуационных задач (типовые):**

**Задача 1**

Больная 53 лет страдает около 15 лет гипертонической болезнью, АД поднимается до 220/120 мм.рт.ст. Постоянно принимает гипотензивные препараты. При осмотре кожные покровы обычного цвета, одышка, отеков нет. Верхушечный толчок разлитой, ослабленный, на 1,5 см кнаружи в V межреберье, слева от l. Mediaclavicularis. Перкуторно расширена граница левой относительной тупости в IV и V межреберьях. При аускультации тоны приглушены, на верхушке нежный короткий, систолический шум, никуда не проводящийся. На аорте:

Ответ: Акцент II тона

**Задача 2**

К цеховому терапевту для очередного профилактического осмотра обратился мужчина 44 лет, сталевар. При обследовании жалуется на периодические боли в сердце и за грудиной, возникающие изредка при быстрой ходьбе и во время значительных эмоциональных перегрузок, кратковременные, длительностью 5-7минут, проходящие самостоятельно после прекращения нагрузки. Других жалоб нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Гиперстеник. Повышенного питания. Кожа и слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Верхушечный толчок при пальпации определяется в V межреберье по средне-ключичной линии, правая граница на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – III межреберье по парастернальной линии. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке одинаков по громкости со II тоном. II тон на основании громче I тона. Шумы не выслушиваются. АД 130/80 мм рт.ст. Живот без особенностей. Какие заболевания имеются у больног? Оцените перкуторные и аускультативные данные со стороны сердца.

Ответ: У больного транзиторные подъемы АД, ИБС, стенокардия напряжения, фкI Сердце расширено влево, что может быть связано с гипертензией и кардиосклерозом, акцент II тона на аорте говорит о системной гипертензии в анамнезе.

**Задача 3**

Больной 67 лет доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно ночью во время сна. В течение последних 5 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечился. Больной возбужден, ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Дыхание хриплое – 40 в мин. Пульс – 120 в мин, ритмичен, напряжен. АД – 160/120 мм рт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. У верхушки I тон приглушен, ритм галопа, на аорте акцент II тона. В легких масса сухих хрипов, в верхних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень не пальпируется, отеков нет. Температура тела нормальная. В анализах мочи существенной патологии нет. На ЭКГ синусовая ахикардия, отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка. Оцените состояние больного. Какой клинический синдром выявляется у больного?

Ответ: Состояние тяжелое. Клинический синдром – сердечная астма, не исключается на фоне развивающегося острого инфаркта миокарда; гипертензивного криза.

**Задача 4**

Пациент 19 лет направлен на обследование с предположительным диагнозом митрального порока сердца. При осмотре был выявлен систолический шум на верхушке сердца. Какой метод обследования наиболее информативен для подтверждения или исключения диагноза порока сердца:

ЭКГ,

+эхокардиография,

рентгеноскопия грудной клетки,

исследование крови на титры антистрептококковых антител,

ни один из перечисленных методов

**Темы рефератов:**

*1. Легочная гипертензия*

*2. «Легочное сердце»*

*3. Гипертонические кризы. Неотложная помощь.*

**Тема 9** *Атеросклероз. ИБС. Стенокардия, классификация, патогенез. Инфаркт миокарда.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса

1. Атеросклероз. ИБС. Стенокардия. Факторы риска, этиология, патогенез, клиническая картина, инструментальная диагностика, лабораторно-биохимические данные. Классификация ИБС.

2. Инфаркт миокарда (факторы риска, клиническая картина, инструментальная диагностика, лабораторно-биохимические данные).

3. Шок, обморок, коллапс – отличительные признаки, неотложная помощь.

**Тестовые задания:**

Вариант 1

1#Для боли в сердце, обусловленной острой недостаточностью коронарного кровообращения при стенокардии, не характерно:

локализация за грудиной или слева от нее

иррадиация под левую лопатку, в левую руку, шею

быстро купируются нитроглицерином

+купируется холодным компрессом

2#Патологическое состояние, характеризующееся нарушением периферической циркуляции, как правило, с артериальной гипотензией, имеющее разнообразную этиологию и патогенез, обозначаются как:

обморок

+шок

сердечная недостаточность

3#Состояние, характеризующееся появлением прострации, бледности, похолоданием кожи, тахикардией, гипотензией, снижением диуреза на фоне массивного кровотечения, называется:

ортостатическим коллапсом

сердечной недостаточностью

+шоком

4#Отек легких может развиться при:

гипертонической болезни

аортальном пороке

митральном пороке

инфаркте миокарда

+все

5#В каких отведениях регистрируются изменения, характерные для инфаркта миокарда задней (нижней) стенки левого желудочка

I,aVL,V5-V6

V1-V4

+III,aVF

6#К осложнениям инфаркта миокарда относятся:

кардиогенный шок

отек легких

фибрилляция желудочков

синдром Дресслера

+все верно

Вариант 2

1#Укажите наиболее вероятную патогенетическую причину кратковременной боли, локализующейся за грудиной, иррадиирующей влево и вверх (левой плечо, руку, лопатку, иногда в левую половину нижней челюсти, левое подреберье и в эпигастральную область), носящей чаще давящий характер, быстро купирующейся нитроглицерином:

+коронарная недостаточность

перикардит

острый миокардит

поражение аорты

2#Внезапная кратковременная потеря сознания, возникающая при переходе из горизонтального положения в вертикальное, называется:

шоком

+ортостатическим коллапсом

сердечной недостаточностью

3#Отек легких является проявлением:

острой правожелудочковой недостаточности

хронической правожелудочковой недостаточности

хронической левожелудочковой недостаточности

+острой левожелудочковой недостаточности

4\*К стадиям трансмурального инфаркта миокарда относятся:

+Острая

+Подострая

+Рубцевания

Выздоровления

5# ЭКГ-признаки подострой стадии трансмурального инфаркта миокарда:

+глубокий зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец T(-) «коронарный»

глубокий зубец Q, элевация сегмента ST на 2 и более мм, зубец T(-) глубокий, «коронарный»

глубокий зубец Q, элевация сегмента ST на 2 и более мм, зубец T(+) высокий, «коронарный»

6#Непосредственная визуализация сердца осуществляется при использовании метода

электрокардиографии,

+эхокардиографии,

Фонокардиографии

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

У больного 65 лет, в течение 20 лет страдающего гипертонической болезнью и не принимающего гипотензивных препаратов, АД держится на уровне 150- 160/102-108ммрт.ст. верхушечный толчок расположен по срединно-ключичной линии, сильный, разлитой. АД в момент обследования 160/100мм рт. ст.

1. Назовите степень гипертонической болезни по уровню АД?
2. Какие изменения можно выявить при перкуссии больного?
3. Какие изменения можно выявить при аускультации больного?
4. Какие изменения можно выявить на ЭКГ?

**Эталоны ответов:**

**Задача 1**

1. 2 степень
2. границы относительной тупости смещены влево, что характерно для гипертрофии ЛЖ
3. акцент 2 тона на аорте
4. отклонение ЭОС влево, снижение ST до отрицательного показателя, гипертрофия левого желудочка.

**Задача 2**

У больного 60 лет, 20 лет страдающего гипертонической болезнью, не принимавшего ранее гипотензивных препаратов, АД держалось на уровне 160-190/110-116 мм рт. ст. В последние 2 года появилась сильная боль в мышцах ног при ходьбе, вынуждающая останавливаться. 6 месяцев проводится эффективная гипотензивная терапия. АД в момент обследования 140/80 мм рт. ст, однако, при аускультации выявляется акцент II тона над аортой.

1. Назовите степень гипертонической болезни по уровню АД?
2. Назовите причину «перемежающейся хромоты»?
3. Назовите стадию гипертонической болезни и причину ее установления?
4. Назовите возможную причину акцента II тона над аортой?

**Задача 3**

У мужчины 55 лет на высоте непривычной ему физической нагрузки возникла сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку. Боль продолжалась 10 минут и прошла после прекращения физической нагрузки.

1. Проявлением какого заболевания явилась загрудинная боль?
2. Какой препарат и через какое время мог снять загрудинную боль?
3. Какая продолжительность боли характерна для стенокардии?

**Задача 4**

У мужчины 55 лет утром возникла очень сильная сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, плечо, появился страх смерти, выраженная слабость. Боль не снялась после приема нескольких таблеток нитроглицерина и была купирована бригадой «Скорой помощи» наркотическими анальгетиками.

1. Ваш предположительный синдром?
2. Какие критерии делают синдром достоверным?
3. Повышение активности, каких ферментов и в какой последовательности характерно для данного заболевания?
4. Повышение уровня активности, каких регуляторных белков характерно для данного заболевания?

**Задача 5**

У курящего мужчины 52 лет, имеющего избыточный вес, нелеченную артериальную гипертонию и высокий уровень холестерина крови утром возникла очень сильная сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, плечо, появился страх смерти, выраженная слабость. Боль не снялась после приема нитроглицерина

1. Ваш предположительный синдром?
2. Какие критерии делают диагноз достоверным?
3. Какие препараты используются для снятия подобных болевых приступов?
4. Назовите другие клинические варианты начала данного заболевания?

**Эталоны ответов:**

**Задача 1**

1. 2 степень
2. границы относительной тупости смещены влево, что характерно для гипертрофии ЛЖ
3. акцент 2 тона на аорте
4. отклонение ЭОС влево, снижение ST до отрицательного показателя, гипертрофия левого желудочка.

**Задача 2**

1. 3 степень
2. атеросклероз артерий н/конечностей
3. 3 стадия, поражение органов мишеней
4. увеличение скорости захлопывания створок клапана аорты; уплотнение створок аортального клапана и стенок аорты.

**Задача 3**

1. стенокардия
2. нитроглицерин под язык
3. 1-15минут

**Задача 4**

1. синдром острой коронарной недостаточности
2. клиника – боль продолжается более 15 минут, не снимается нитроглицерином, лабораторная диагностика, ЭКГ
3. увеличение КФК-МВ в первые часы; 2-й день – АСТ; 3-5 день – ЛДГ
4. положительная реакция на С-реактивный белок, тропонин – белок сердечной мышцы.

**Задача 5**

1. синдром острой коронарной недостаточности
2. клиника – боль продолжается более 15 минут, не снимается нитроглицерином, лабораторная диагностика
3. наркотичекие анальгетики
4. абдоминальный, церебральный, астматический, аритмический, безболевой.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Клинические проявления инфаркта миокарда. Неотложная помощь.

2. Кардиогенный шок. Неотложная помощь.

3. Осложнения инфаркта миокарда

4. Диагностика инфаркта миокарда

5.Коллапс, неотложная помощь

6. Синкопальные состояния.

**Отработка практических навыков, анализ пленок ЭКГ - инфаркт миокарда** (алгоритм подробно изложен в 1 занятии 2 модуля)

**Задания к пленкам ЭКГ**

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Тема 10** *Приобретенные пороки сердца: митральный стеноз и недостаточность.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология митральных пороков.

2. Внутрисердечная гемодинамика при митральном стенозе и митральной недостаточности.

3. Жалобы больных при митральном стенозе и митральной недостаточности.

4. Данные осмотра и пальпации при митральном стенозе и митральной недостаточности.

5. Какая конфигурация сердца при митральном стенозе и митральной недостаточности?

6. Как изменяются тоны сердца при митральном стенозе и митральной недостаточности?

7. Какой шум характерен для митрального стеноза и митральной недостаточности? Места наилучшего выслушивания.

8. ЭКГ- и эхокардиографические изменения, характерные для митрального стеноза и митральной недостаточности.

**Вопросы для тестового контроля:**

**Вариант 1**

1. Этиология ревматизма

а) бета-гемолитический стрептококк группы А

б) золотистый стафилококк

в) кишечная палочка

г) пневмококк

2. Ревматизм развивается после ангины через

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

в) 1-3 недели

г) 1-3 месяца

3. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте

а) 1-2 года

б) 5-7 лет

в) 7-15 лет

г) 18-25 лет

4. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при

а) атеросклерозе

б) гипертонической болезни

в) ишемической болезни сердца

г) ревматизме

5. При ревматизме чаще поражается клапан

а) аортальный

б) митральный

в) пульмональный

г) трехстворчатый

6. Наиболее частый исход ревмокардита

а) атеросклероз

б) гипертоническая болезнь

в) порок сердца

г) выздоровление

7. Симптом «кошачьего мурлыканья» определяется при

а) инфаркте миокарда

б) стенокардии

в) митральной недостаточности

г) митральном стенозе

8. Появление шума на верхушке сердца свидетельствует о поражении

клапана

а) аортального

б) митрального

в) пульмонального

г) трехстворчатого

9. Данные аускультации при митральной недостаточности

а) диастолический шум на верхушке

б) систолический шум на верхушке

в) диастолический шум во 2-м межреберье справа у грудины

г) систолический шум во 2-м межреберье справа у грудины

10. Пульсация сонных артерий («пляска каротид») наблюдается при

а) аортальной недостаточности

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) митральном стенозе

**Вариант 2**

1. Основная причина приобретенных пороков сердца

а) гипертоническая болезнь

б) инфаркт миокарда

в) стенокардия

г) ревматизм

2. Жалобы больного при компенсированной недостаточности митрального

клапана

а) головная боль

б) одышка

в) отеки

г) жалоб нет

3. Цвет кожных покровов при митральном стенозе

а) бледные

б) желтушные

в) нормальной окраски

г) цианотичные

4. Высокое пульсовое АД наблюдается при

а) аортальной недостаточности

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) митральном стенозе

5. Появление шума во втором межреберье справа от грудины и в точке

Боткина свидетельствует о поражении клапана

а) аортального

б) митрального

в) пульмонального

г) трехстворчатого

6. Кровохарканье является частым признаком

а) аортальной недостаточности

б) инфаркта миокарда

в) стенокардии

г) митрального стеноза

7. Этиология ревматизма

а) бета-гемолитический стрептококк группы А

б) золотистый стафилококк

в) кишечная палочка

г) пневмококк

8. Ревматизм развивается после ангины через

а) 1-2 дня

б) 3-4 дня

в) 1-3 недели

г) 1-3 месяца

9. Ревматизмом чаще заболевают лица в возрасте

а) 1-2 года

б) 5-7 лет

в) 7-15 лет

г) 18-25 лет

10. Повышение температуры, эндомиокардит, полиартрит наблюдаются при

а) атеросклерозе

б) гипертонической болезни

в) ишемической болезни сердца

г) ревматизме

**Эталоны ответов:**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | А |
| 2 | В |
| 3 | В |
| 4 | Г |
| 5 | Б |
| 6 | В |
| 7 | Г |
| 8 | Б |
| 9 | Б |
| 10 | Б |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Г |
| 2 | Г |
| 3 | Г |
| 4 | Б |
| 5 | А |
| 6 | Г |
| 7 | А |
| 8 | В |
| 9 | В |
| 10 | Г |

**Список тем рефератов:**

1. Ревматизм, суставной синдром

2. Острая ревматическая лихорадка

3. Ревматизм: этиология, патогенез, клинические проявления.

4. Диагностика приобретенных пороков сердца

5.Врожденные пороки сердца

6. Хирургическое лечение пороков сердца

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Тема 11** *Приобретенные пороки сердца: стеноз и недостаточность аортального клапана.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* тестирование.

*.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Недостаточность митрального клапана: причины, нарушения гемодинамики, жалобы в стадию декомпенсации

2. Стеноз устья аорты: физикальные данные.

Вариант 2

1. Митральный стеноз : причины, нарушения гемодинамики, жалобы в стадию декомпенсации.

2. Недостаточность аортального клапана: физикальные данные.

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология аортальных пороков.

2. Нарушение внутрисердечной гемодинамики при стенозе устья аорты и недостаточности аортального клапана.

3. Жалобы больных при аортальных пороках.

4. Данные осмотра и пальпации при аортальных пороках.

5. Изменения конфигурации сердца при аортальных пороках.

6. Как изменяются тоны сердца при аортальных пороках.

7. Механизм возникновения, места наилучшего выслушивания шумов при аортальных пороках.

8. ЭКГ- и эхокардиографические изменения при аортальных пороках.

**Тестовые задания:**

Вариант 1

1#Пульсация сонных артерий, синхронная с верхушечным толчком, наблюдается при:

стенозе устья аорты

митральном стенозе

+недостаточности клапанов аорты

недостаточности трехстворчатого клапана

2#Пациент Б. предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кровохарканье при незначительной физической нагрузке. В анамнезе частые ангины в детстве. Данное ухудшение состояния после очередного простудного заболевания.

При объективном обследовании: акроцианоз. При пальпации верхушечный толчок ослаблен, ограничен, смещен кнутри, определяется симптом «кошачьего мурлыкания». Перкуторно правая граница относительной тупости сердца определяется по правому краю грудины, верхняя – на уровне 2 ребра слева от грудины, левая – в 5 межреберье на 2 см кнутри от левой средней-ключичной линии. При аускультации сердца: ритм «перепела», диастолический шум на верхушке сердца. О каком пороке сердца можно думать:

митральная недостаточность

аортальная недостаточность

+стеноз митрального отверстия

стеноз устья аорты

3#Симптом Мюссе наблюдается при:

стенозе устья аорты

митральном пороке

+недостаточности клапанов аорты

недостаточности трехстворчатого клапана

недостаточности трехстворчатого клапана

4# Систолический шум над верхушкой сердца характерен для:

+недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

митрального стеноза

аортального стеноза

5# Усиление I тона на верхушке сердца (хлопающий) встречается при:

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

+митрального стеноза

аортального стеноза

6# При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»:

митральной недостаточности

+при стенозе митрального отверстия

аортальной недостаточности

7# Состояние клапанного аппарата сердца лучше отражает:

лабораторная диагностика

рентгенологическое исследование

+ультразвуковое исследование

электрокардиография

8#Что такое «ритм перепела»:

раздвоение 1 тона;

+раздвоение 2 тона (щелчок открытия митрального клапана);

изменение тонов сердца и систоло-диастолический шум.

9# При аускультации сердца тоны неритмичные, периодически I тон усилен, ЧСС 91 удар в

минуту, пульс больного неритмичен, ЧСС 74 удара в минуту. У больного:

экстрасистолия

+мерцательная аритмия

А-В блокада.

10# Какой шум возникает в сердце при развитие анатомических изменений:

функциональный

+органический.

11#В области верхушечного толчка выслушиваются звуковые явления с клапана:

аортального;

+митрального;

пульмонального;

трехстворчатого.

12#При повышении давления в малом круге кровообращения возникает:

акцент второго тона на аорте;

+акцент второго тона на легочной артерии;

ослабление второго тона на легочной артерии;

ослабление первого тона на верхушке.

13#Положение больного для наилучшего выслушивания систолического шума:

сидя на стуле;

+лежа на левом боку;

стоя с приподнятыми руками.

14#Подчеркните аускультативные симптомы, относящиеся к недостаточности клапанов аорты:

систолический шум на верхушке

+диастолический шум на аорте

диастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением

Вариант 2

1#Подчеркните аускультативные симптомы, относящиеся к недостаточности клапанов аорты:

систолический шум на верхушке

+диастолический шум на аорте

диастолический шум на верхушке с пресистолическим усилением

2#Положение больного для наилучшего выслушивания систолического шума:

сидя на стуле;

+лежа на левом боку;

стоя с приподнятыми руками.

3#При повышении давления в малом круге кровообращения возникает:

акцент второго тона на аорте;

+акцент второго тона на легочной артерии;

ослабление второго тона на легочной артерии;

ослабление первого тона на верхушке.

4#В области верхушечного толчка выслушиваются звуковые явления с клапана:

аортального;

+митрального;

пульмонального;

трехстворчатого.

5# Какой шум возникает в сердце при развитие анатомических изменений:

функциональный

+органический.

6# При аускультации сердца тоны неритмичные, периодически I тон усилен, ЧСС 91 удар в

минуту, пульс больного неритмичен, ЧСС 74 удара в минуту. У больного:

экстрасистолия

+мерцательная аритмия

А-В блокада.

7#Что такое «ритм перепела»:

раздвоение 1 тона;

+раздвоение 2 тона (щелчок открытия митрального клапана);

изменение тонов сердца и систоло-диастолический шум.

8#Пульсация сонных артерий, синхронная с верхушечным толчком, наблюдается при:

стенозе устья аорты

митральном стенозе

+недостаточности клапанов аорты

недостаточности трехстворчатого клапана

9#Пациент Б. предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, кровохарканье при незначительной физической нагрузке. В анамнезе частые ангины в детстве. Данное ухудшение состояния после очередного простудного заболевания.

При объективном обследовании: акроцианоз. При пальпации верхушечный толчок ослаблен, ограничен, смещен кнутри, определяется симптом «кошачьего мурлыкания». Перкуторно правая граница относительной тупости сердца определяется по правому краю грудины, верхняя – на уровне 2 ребра слева от грудины, левая – в 5 межреберье на 2 см кнутри от левой средней-ключичной линии. При аускультации сердца: ритм «перепела», диастолический шум на верхушке сердца. О каком пороке сердца можно думать:

митральная недостаточность

аортальная недостаточность

+стеноз митрального отверстия

стеноз устья аорты

10#Симптом Мюссе наблюдается при:

стенозе устья аорты

митральном пороке

+недостаточности клапанов аорты

недостаточности трехстворчатого клапана

недостаточности трехстворчатого клапана

11# Систолический шум над верхушкой сердца характерен для:

+недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

митрального стеноза

аортального стеноза

12# Усиление I тона на верхушке сердца (хлопающий) встречается при:

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

+митрального стеноза

аортального стеноза

13# При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»:

митральной недостаточности

+при стенозе митрального отверстия

аортальной недостаточности

14# Состояние клапанного аппарата сердца лучше отражает:

лабораторная диагностика

рентгенологическое исследование

+ультразвуковое исследование

электрокардиография

**Решение ситуационных задач:**

**Задача № 1**

Допризывник Ш., 17 лет, на комиссии жалоб не предъявляет. Из анамнеза известно, что часто болеет простудными заболеваниями. При осмотре – астеническое телосложение, рост 182 см, вес 65 кг, кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Верхушечный толчок виден в V межреберье кнутри на 1,5 см от средне-ключичной линии, при пальпации достаточной силы, локализован. При перкуссии сердца (относительной и абсолютной тупости) патологии не выявлено. При аускультации сердца тоны достаточно громкие, ритмичные. На верхушке прослушивается систолический шум. На ЭКГ – синусовая аритмия с ЧСС 65-80 в минуту. Полувертикальная электрическая ось сердца. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 19 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 18 мм. Левое предсердие 21 мм (N), правый желудочек 20 мм (N), правое предсердие 33 мм (N), левый желудочек 45 мм (N), легочная артерия 16 мм (N). Митральный клапан «М»-образный, расхождение в диастолу достаточное – 31 мм. Передняя створка митрального клапана провисает в полость левого предсердия на 6-7 мм, регургитация над створками митрального клапана (++). О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) недостаточность митрального клапана

б) пролапс митрального клапана

в) стеноз митрального отверстия.

**Задача № 2**

При профилактическом осмотре в поликлинике рабочий М., 32 лет, не предъявлял никаких жалоб. Из анамнеза известно, что в детстве перенес ревматическую атаку. Находился на учете у ревматолога 2 года, затем в связи с переездом на учете не состоял, не лечился. Служил в армии. Больным себя не считал. При осмотре – нормостенического телосложения. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, отеков нет. При пальпации - верхушечный толчок в V межреберье слева по средне-ключичной линии. При перкуссии сердца – правая граница относительной сердечной тупости без особенностей, левая - в IV межреберье на 5 см от левого края грудины, в V межреберье – по средне-ключичной линии. При аускультации ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, на основании без особенностей. В области верхушки хорошо слышан систолический шум, занимающий всю систолу, слитый с I тоном. Шум проводится в точку Боткина. После физической нагрузки (20 приседаний) шум усиливается. ЭКГ – синусовый ритма, электрическая ось сердца не отклонена. Местное нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости. Начальные признаки гипертрофии левого желудочка. Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 22 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 17 мм. Левое предсердие 29 мм (N), правый желудочек 22 мм (N), правое предсердие 31 мм (N), легочная артерия 17 мм (N), левый желудочек 57 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «М»-образный, расхождение в диастолу достаточное – 30 мм. Мм. Выраженная регургитация над створками митрального клапана (+++, ++++), до крыши левого предсердия. О какой патологии сердца идет речь?

Варианты ответа:

а) стеноз митрального отверстия

б) пролапс митрального клапана

в) недостаточность митрального клапана.

**Задача № 3**

Больной К., 40 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, периодические загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, кашель в ночное время, отеки на ногах к вечеру, слабость. Много лет, с детства, страдает ревматизмом, имеет порок сердца. При осмотре – астеник, на лице «митральная бабочка», голени пастозные, отеки стоп. Верхушечный толчок не виден, эпигастральная пульсация. Границы относительной сердечной тупости расширены: справа в IV межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, слева в II-III межреберьях по средне-ключичной линии. I тон на верхушке хлопающий, диастолический шум с пресистолическим усилением. В точке Боткина – «ритм перепела» (трехчленный ритм). На основании сердца акцент II тона над легочной артерией, в точке выслушивания трехстворчатого клапана – тоны приглушены, короткий систолический шум. В легких ослабленное везикулярное дыхание, крепитация в нижних отделах сзади. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, болезненный при пальпации. ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии правого и левого предсердий. Блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки нагрузки на правый желудочек. Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 45 мм (N - 40мм), правое предсердие 42 мм (N – 38мм), правый желудочек 34-36 мм (N – 30мм), стенки правого желудочка утолщены. Левый желудочек – 50 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 11 мм (N – 19-32 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N – 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см². Трикуспидальная регургитация (++, +++). Давление в легочной артерии 25 мм (N –23 мм). О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) недостаточность митрального клапана

б) стеноз митрального отверстия в стадию компенсации

в) стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации.

**Задача № 4**

Больной М., 47 лет при поступлении в стационар предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружение, сжимающие боли за грудиной. Подобные явления стали возникать последние несколько лет, чаще связаны с нагрузкой. Два дня назад во время работы на даче потерял сознание. Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами. На учете не состоит, не обследовался. При осмотре правильного телосложения, хорошо развиты мышцы плечевого пояса, активен. Кожные покровы немного бледные, на шеи – «пляска каротид», симптом Квинке и Мюссе. При осмотре грудной клетки виден разлитой, приподнимающий фонендоскоп верхушечный толчок в VI межреберье по передне-подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости смещены влево в IV межреберье до срединно-ключичной линии, в V – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии, в VI – по передне-подмышечной линии. При аускультации на верхушке тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум, нежный, никуда не проводится. На основании сердца II тон на аорте ослаблен, диастолический шум. АД 160/50 мм рт. ст. на обеих руках. ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 84 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с признаками его перегрузки. Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 22 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 17 мм. Регургитация над створками аорты (++, +++). Левый желудочек 63 мм (N – 56 мм). Левое предсердие 23 мм (N). Правые отделы не изменены. Митральный клапан «М»-образный, регургитация над створками митрального клапана (++). О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) стеноз устья аорты

б) недостаточность аортального клапана

в) недостаточность митрального клапана.

**Задача № 5**

Больная К., 72 лет доставлена в травматологическое отделение с переломом правой плечевой кости. При осмотре терапевтом предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, периодические боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, проходящие после приема нитроглицерина. При осмотре – гиперстенического телосложения, кожные покровы бледные. Верхушечный толчок виден на глаз в IV межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. При перкуссии границы относительной сердечной тупости смещены влево в IV межреберье до средне-ключимчной линии, в V – на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке тоны сердца ритмичные, приглушены, короткий систолический шум, нежный, никуда не проводится. На основании сердца во II межреберье пальпируется “систолическое кошачье мурлыканье”, здесь же слышен грубый систолический шум, проводящийся на сонные артрерии и в межлопаточное пространство. II тон на аорте ослаблен. АД 90/80 мм рт. ст. на обеих руках.

ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 90 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с признаками его перегрузки.

Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 22 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана утолщены, расхождение в систолу резко снижено - 10 мм (N – 15-24 мм).поток в аорту ускорен – 2,1 м/с (N – 1,7 м/с). в основании правой коронарной створки – включения кальция. Левый желудочек 60 мм (N – 56 мм). Левое предсердие 23 мм (N). Правые отделы не изменены. Митральный клапан «М»-образный, регургитация над створками митрального клапана (+). О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) аортальная недостаточность

б) недостаточность митрального клапана

в) стеноз устья аорты.

**Задача № 6**

Больной Б., 19 лет страдает ревматизмом с 12 лет. Находится на учете у ревматолога. При диспансеризации жалуется на одышку при нагрузке, сжимающие боли за грудиной, слабость, утомляемость. При осмотре – выглядит моложе своего возраста, астеник. Верхушечный толчок - в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, ощущается «диастолическое кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной сердечной тупости смещены влево во II и III межреберьях на 2 см кнаружи. При аускультации I тон на верхушке хлопающий, диастолический шум с пресистолическим усилением. В точке Боткина – «ритм перепела» (трехчленный ритм). ЭКГ. Синусовый ритм с ЧСС 64 в минуту. Увеличена нагрузка на левое предсердие. Единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана интактные, расхождение в систолу 19 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 50 мм (N - 40мм). Левый желудочек – 50 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 17 мм (N – 19 мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N – 1,0 м/с). Передняя стенка митрального клапана «парусит» в сторону межжелудочковой перегородки. Площадь митрального отверстия 2,1 см². Давление в легочной артерии 20 мм (N). О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) недостаточность митрального клапана

б) стеноз митрального отверстия в стадию компенсации

в) стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации.

**Задача № 7**

Больная А., 43 лет поступила в стационар с жалобами на одышку при нагрузке, приступы удушья по ночам, сердцебиение, отеки на ногах. Больна ревматизмом 20 лет, с 25 лет находят порок сердца, состоит на учете. Ухудшение состояния около 5 лет. Инвалид 2 группы. При осмотре – вынужденное положение (ортопноэ), акроцианоз на фоне бледности кожи, отеки стоп и голеней, эпигастральная пульсация, положительный венный пульс. Границы относительной сердечной тупости расширены: справа в IV межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, слева в II-III-IV межреберьях по средне-ключичной линии. Сосудистый пучок 6 мм. При аускультации сердца ритм правильный, тоны приглушены, систолодиастолический шум на верхушке. Акцент II тона на легочном стволе, грубый систолический шум на аорте. В легких ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах сзади. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, край мягкий, болезненный при пальпации.

ЭКГ. Синусовая тахикардия с ЧСС 100-120 в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии правого и левого желудочков. Блокада правой ножки пучка Гиса. Эхокардиоскопия. Аорта без особенностей, Д ± 25 мм (N – 30 мм), створки аортального клапана изменены, утолщены и спаяны между собой, расхождение в систолу 13 мм. Поток в аорту не ускорен, регургитации нет. Левое предсердие 43 мм (N - 40мм), правое предсердие 40 мм (N – 38мм), правый желудочек 34 мм (N – 30мм), стенки правого желудочка утолщены. Левый желудочек – 58 мм (N – 56 мм). Митральный клапан «П»-образный, спаян по комиссурам, снижено расхождение в диастолу до 13 мм (N – 19мм), ускорен трансмитральный поток до 2,65 м/с (N – 1,0 м/с). над створками митрального клапана регургитация (++, +++). Давление в легочной артерии 25 мм (N –23 мм).

О какой патологии сердца идет речь? Варианты ответа:

а) сочетанный митральный порок

б) аортальный порок (стеноз с митрализацией)

в) сочетанный митральный порок в сочетании со стенозом устья аорты.

**Эталоны ответов**

№ 1 – б (пролапс митрального клапана)

№ 2 – в (недостаточность митрального клапана)

№ 3 – в (стеноз митрального отверстия в стадию декомпенсации)

№ 4 – б (недостаточность аортального клапана)

№ 5 – в (аортальный стеноз)

№ 6 – б (стеноз митрального отверстия в стадию компенсации)

№7 – в (сочетанный митральный порок в сочетании со стенозом устья аорты)

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Тема 12** *Электрокардиография. Регистрация, анализ.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

*-устный опрос,*

*-тестирование,*

*-интерпретация результатов инструментальных исследований: чтениеЭКГ*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Электрокардиография: техника снятия.

2. Алгоритм анализа ЭКГ.

3. Анализ ЭКГ по пройденным в осеннем семестре темам: норма, гипертрофии отделов сердца, нарушения ритма и проводимости, инфаркт миокарда.

**Тестовые задания:**

Вариант 1

1# Наиболее важная функция сердца для снятия ЭКГ:

тоничность

сократимость

+возбудимость

2#количество отведений необходимых для анализа ЭКГ

3

6

+12

3# Для анализа ЭКГ в каждом отведении при отсутствии нарушений ритма должно быть снято:

+3 – 5 комплексов

8 – 9 комплексов

более 10 комплексов

4#Нормальная амплитуда зубца Р во II отведении:

0,5 – 1 мм

+ 0,5 – 2,5 мм

более 3,0 мм

5# Нормальная ЭКГ состоит из:

зубцов

потенциалов

сегментов

+ всего перечисленного

6# Считать ЧСС необходимо по интервалу:

QT

TP

+ RR

7# Патогномоничную ЧСС для синусовой тахикардии:

60 – 80

+ 95 – 120

более 120

8# Самый главный признак классической экстрасистолы:

внезапность

+ преждевременность

периодичность

9# Основная ЧСС при пароксизмальных тахикардиях:

более 100

120 – 140

+140 – 250

10# Основные признаки фибрилляции предсердий:

+ отсутствие зубца Р

наличие волн f

наличие волн F

узкие QRS

11# Основной ЭКГ признак А – V блокады II СТ., характерный для Мобитц I и II

стабильно длинный PQ:

узкий QRS

правильный желудочковый ритм

+ наличие пауз с з.Р без QRS

12# ЭКГ признаки, характеризующие A – V блокаду III ст.

наличие пауз в ритме

нестабильный ритм для желудочков

+ отсутствие взаимосвязи между Р и QRS

13# Для синоаурикулярной блокады II степени на ЭКГ характерно:

правильный ритм

наличие пауз с зубца Р

+ наличие пауз без з.Р и QRS

14#На ЭКГ проявляются признаки полной блокады левой ножки пучка Гиса регистрируются:

II, III, aVF

+ I, aVL

V1 – V2

15# Для постановки ЭКГ проявлений гипертрофии правого предсердия наиболее важный признак:

+ увеличение амплитуды

расширение зубца Р

изменение морфологии зубца Р

16# Самый современный ЭКГ критерий:

Соколова-Лайоне

Рохмильд-Эстета

+ Корнельский

17# Самый прогностически неблагоприятный ЭКГ тип гипертрофии правого желудочка:

+ R – тип

М – тип

S – тип

18# ЭКГ при коронарной патологии необходима для определения

топики процесса

глубины

формы ИБС

+ всего перечисленного

19# Характерными признаками остроты инфаркта миокарда на ЭКГ являются:

наличие подъема ST

наличие зубца Q

реципрокные отведения противоположной стенки

изменение морфологии зубца Т

+ все перечисленное

20# перед желудочковой экстрасистолой на ЭКГ зубец Р:

+ присутствует

отсутствует

21# При А-V блокаде I степени интервал РQ:

длительностью до 0,2˝

+ длительностью более 0,2˝

Вариант 2:

1#Водителем ритма I порядка в проводящей системе является:

+ синусовый узел

атриовентрикулярный узел

ствол Гиса

волокна Пуркинье

2#Пробу со вдохом делают:

для диагностики экстрасистолии

для обнаружения блокад ножек пучка Гиса

+для диагностики синусовой аритмии

для диагностики позиционных изменений сердца

3# Самая удобная регистрация ЭКГ:

25 мм/с

+ 50 мм/с

100 мм/с

4# Интервал PQ зависит от:

пола

возраста

+ЧСС

5# Зубец Q желудочкового комплекса соответствует:

возбуждение верхушки

+ возбуждение перегородки

возбуждение боковой стенки

6# При нормальном положении ЭОС как соотносятся зубцы R соотносятся в стандартных отведениях:

+ RII >RI >RIII

RI >RII >RIII

RIII >RII >RI

7# Допустимые колебания RR (РР) при синусовой аритмии:

менее 0,05

более 0,20

+ 0,05 – 0,15

8# Основной признак желудочковой экстрасистолы:

+ широкий, деформированный QRS

отсутствие зубца Р

наличие постэкстрасистолической паузы

9# Для предсердной пароксизмальной тахикардии характерно:

ЧСС выше 150

наличие зубца Р перед QRS

узкий QRS

ST на изолинии

+все перечисленное

10# Основная частота эктопического ритма при фибриляции предсердий:

170 – 200

220 – 350

+ 350 – 700

11# Клинически дистальная полная А – V блокада III степени проявляется:

приступ потери сознания

приступ судорог

+ приступ Морганьи-Эдем-Стокса

12# Синоаурикулярная блокада I степени:

имеет ЭКГ критерии

+ не имеет ЭКГ критериев

13# Для полной блокады ножки пучка Гиса характерно:

+ ширина QRS˃0,12˝

ширина QRS˂0,12˝

наличие коркондантности

14# Возможно ли по ЭКГ разграничить признаки гипертрофии и дилатации

да

+ нет

15# Наиболее значимые отведения при нагрузке на левое предсердие:

I, II

aVL, aVF

V5 – V6

+ II, V1

16# Самый распространенный ЭКГ тип гипертрофии правого желудочка:

R – тип

+М – тип

S – тип

17# При всех электролитных нарушениях на ЭКГ меняется:

ширина QRS

+ изменения QT

изменения PQ

изменения Т

18# Проявлением некроза на ЭКГ является:

« - » зубец Т

подъем ST

+ наличие патологии Q (QS)

19# Проявлением ишемии на ЭКГ является:

+ «-» зубец Т

подъем ST

глубокий и широкий Q

20# Высокий готический зубец Р свидетельствует о:

+ гипертрофии правого предсердия

гипертрофии левого предсердия

21# Суммарный критерий Соколова – Лайоне:

RV3 + S aVL

+ RV5 + S V1

R1 + S III

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Алгоритм расшифровки ЭКГ

Провести анализ пленки ЭКГ согласно, ниже описанным правилам.

АНАЛИЗ ЭКГ

1. Анализ ритма сердца. В норме водителем ритма является синусовый узел. Нормальный синусовый ритм определяется следующими критериями:

1) наличие «+» зубца Р, предшествующего каждому комплексу QRS, во всех отведениях, кроме аVR, где Р в норме «-»;

2) постоянная форма зубца Р перед QRS;

3) нормальная и стабильная длительность интервала P-Q;

4) разница в интервалах R-R (или Р-Р) не более 0,15. Оценка последнего критерия позволяет определить ритм как регулярный или нерегулярный. Если ритм нерегулярный, то уточняется причина (синусовая аритмия, экстрасистолия, фибрилляция предсердий и т.д.).

2. Частота сердечных сокращений. Устанавливают продолжительность одного сердечного цикла (интервал R-R). Далее используют формулу: ЧСС = 60/R-R, где 60 - число секунд в минуте.

3. Вольтаж. Измеряют амплитуду зубцов R в стандартных отведениях. В норме она равна 5-15 мм. Если амплитуда самого высокого зубца R не превышает 5мм или сумма амплитуд зубцов R в I, II, III отведениях меньше 15мм, то вольтаж ЭКГ считается сниженным.

4. Определение положения электрической оси сердца. В современной ЭКГ определение электрической оси сердца важно лишь в следующих четырех ситуациях:

- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса;

- гипертрофия правого желудочка;

- гипертрофия левого желудочка;

- диагностика тахикардий с широким QRS.

В норме положение электрической оси сердца близко к его анатомической оси, т.е. ориентирована справа налево и сверху вниз. Существует несколько методов определения электрической оси сердца: наглядный (по стандартным отведениям), графические (по углу α и углу Фарре с использованием специальных таблиц), метод взаимных перпендикулярных отведений по системе Бейля. Ниже приводится самый простой наглядный метод определения оси. Ориентировочное представление о положении электрической оси сердца можно получить путем визуального анализа морфологии желудочкового комплекса в трех стандартных отведениях (соотношения амплитуд зубцов R и S). При нормальном положении электрической оси сердца RII>RI>RIII. При отклонении электрической оси сердца влево RI>RII>RIII и SIII>RIII. При отклонении электрической оси сердца вправо RIII>RII>RI и SI>RI.

5. Анализ зубцов и сегментов.

Анализ проводимости. Чтобы оценить функцию проводимости производят измерения следующих показателей:

1. длительности зубца Р (характеризует скорость внутрипредсердного проведения);

2. интервала P-Q, который отражает состояние атриовентрикулярной проводимости;

3. длительность и морфологию комплекса QRS, что дает общее представление о внутрижелудочковой проводимости и очаговых изменениях (окончательное заключение о характере нарушения внутрижелудочковой проводимости делают после анализа морфологии желудочкового комплекса).

Измерение обычно производят в том отведении, где зубцы наиболее хорошо выражены (чаще II).

Чтобы не пропустить патологию необходим анализ зубцов и сегментов во всех отведениях (с I cтандартного до V6). Анализ проводится в определенной последовательности: зубец Р, комплекс QRS и составляющие его зубцы, сегмент S-T, зубцы Т и U. Он включает амплитудные характеристики, временные показатели, анализ формы зубцов и их полярности, анализ морфологии желудочкового комплекса и соотношения амплитуд зубцов в разных отведениях.

6. Формулировка электрокардиографического заключения.

Электрокардиографическое заключение должно содержать следующие сведения:

1) источник ритма сердца, его регулярность, частота (ритм может быть синусовым, узловым, желудочковым (вентрикулярным), миграция водителя ритма по предсердиям, фибрилляция и трепетание как предсердий, так и желудочков);

2) положение электрической оси сердца. Позиции сердца в настоящее время не определяются, так как не имеют практической значимости.

После этого должен быть сформирован ЭКГ-синдром:

- наличие гипертрофии предсердий и желудочков;

- наличие предсердных или желудочковых блокад (ножек пучка Гиса);

- наличие различных степеней синоатриальных блокад;

- a-v блокад различных степеней;

- синдромов предвозбуждения (WPW, Махайм, короткий PQ);

- истинных эктопических нарушений (экстрасистолия, различные виды тахикардий);

- очаговых изменений (различные формы и стадии ИБС);

- электролитных нарушений и лекарственных передозировок;

- комбинированных нарушений проводимости и возбудимости (парасистолия, атриовентрикулярная диссоциация);

- навязанные ритмы кардиостимуляторов.

Пример 1. Ритм синусовый, частотой 72 в минуту. Ось сердца не отклонена. Электрическая систола не нарушена (электрокардиографическое заключение при отсутствии патологических изменений).

Пример 2. Фибрилляция предсердий с частотой желудочковых сокращений 65 – 95 в минуту. Электрическая ось отклонена вправо. ЭКГ признаки гипертрофии правого желудочка.

Пример 3. Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 90 в минуту. Неопределенная электрическая ось сердца. Очаговые изменения с зоной повреждения и ишемии по нижней стенке левого желудочка. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Удлинена электрическая систола (QTС равен 0,48).

**Отработка практических навыков (**самостоятельная работа студента**).**

После получения пленок ЭКГ студенты анализируют их по схеме, отвечая на задания к пленкам ЭКГ в рабочей тетради. Преподаватель проверяет правильность расшифровки пленок ЭКГ.

**Задания к пленкам ЭКГ (все темы ЭКГ)**

*-Определить число сердечных сокращений*

*-Ритм*

*-Длительность интервала PQ*

*-Длительность QRS и его изменения*

*-Зубец Р и его изменения*

*-Расположение интервала S-T по отношению к изолинии*

*-Зубец Т в норме и патологии*

*-Заключение:…*

**Тема 13** *Основные желудочные синдромы.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Гипосекреторный синдром. Этиология. Клинические проявления.

2. Гиперсекреторный синдром. Этиология. Клинические проявления.

3. Диагностические методы определения гипо- и гиперсекреции.

4. Понятие “острый живот”. Причины, клинические проявления. Меры на догоспитальном этапе.

5. Пищеводное, желудочное, кишечное кровотечение. Этиология, клинические признаки. Диагностические методы.

6. Симптоматология желудочной, кишечной диспепсии.

7. Синдром нарушения всасывания. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Копрологическое исследование.

**Тестовые задания:**

**Вариант 1**

1. Выработка антител к обкладочным клеткам слизистой оболочки желудка

происходит при

а) хроническом гастрите типа А

б) хроническом гастрите типа В

в) остром гастрите

г) хроническом панкреатите

2. Наиболее информативный метод диагностики гастродуоденита

а) желудочное зондирование

б) рентгенологическое исследование

в) ультразвуковое исследование

г) эндоскопическое исследование

3. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью наблюдается

а) изжога

б) отрыжка кислым

в) отрыжка тухлым

г) запоры

4. Сезонность обострения характерна для

а) хронического колита

б) хронического холецистита

в) цирроза печени

г) язвенной болезни

5. Ранние боли в эпигастральной области возникают после еды в течение

а) 30 минут

б) 2 часов

в) 3 часов

г) 4 часов

6. Перерождение язвы в рак называется

а) малигнизация

б) пенетрация

в) перфорация

г) пилоростеноз

7. Прогрессирующее похудание наблюдается при

а) раке желудка

б) хроническом гастрите

в) хроническом холецистите

г) язвенной болезни

8. Боль в околопупочной области наблюдается при хроническом

а) колите

б) панкреатите

в) холецистите

г) энтерите

9. При хроническом энтерите отмечается кал

а) дегтеобразный

б) с примесью чистой крови

в) обильный, жидкий

г) обесцвеченный

10. При воспалении сигмовидной кишки боль локализуется в области

а) правой подреберной

б) околопупочной

в) правой подвздошной

г) левой подвздошной

**Вариант 2**

1. Поздние, "голодные", ночные боли характерны для

а) хронического гастрита

б) язвенной болезни желудка

в) язвенной болезни 12-перстной кишки

г) цирроза печени

2. Рентгенологический симптом "ниши" наблюдается при

а) гастрите

б) язвенной болезни

в) раке желудка

г) холецистите

3. Признаки, характерные только для желудочного кровотечения

а) бледность, слабость

б) головная боль, головокружение

в) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул

г) тахикардия. гипотензия

4. Для стимуляции желудочной секреции применяют

а) пентагастрин

б) растительное масло

в) сульфат бария

г) сульфат магния

5. Последний прием пищи перед желудочным зондированием должен быть

а) вечером, накануне исследования

б) утром, накануне исследования

в) днем, накануне исследования

г) утром в день исследования

6. Дегтеобразный стул бывает при кровотечении из кишки

а) 12-перстной

б) ободочной

в) сигмовидной

г) прямой

7. Дефект наполнения при рентгенографии характерен для

а) гастрита

б) рака желудка

в) язвы желудка

г) язвы 12-перстной кишки

8. За 3 дня следует исключить из питания железосодержащие продукты при

подготовке к

а) анализу кала на скрытую кровь

б) дуоденальному зондированию

в) желудочному зондированию

г) рентгенографии желудка

9. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь из питания

исключают

а) манную кашу

б) молоко

в) мясо

г) хлеб

10. Ирригоскопия - это исследование

а) рентгенологическое

б) рентгенологическое контрастное

в) ультразвуковое

г) эндоскопическое

**Эталоны ответов:**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Вариант ответа |
| 1 | А |
| 2 | Г |
| 3 | В |
| 4 | Г |
| 5 | А |
| 6 | А |
| 7 | А |
| 8 | А |
| 9 | В |
| 10 | Г |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Номер вопроса | Вариант ответа |
| 1 | В |
| 2 | Б |
| 3 | В |
| 4 | А |
| 5 | А |
| 6 | А |
| 7 | Б |
| 8 | А |
| 9 | В |
| 10 | Б |

**Тексты ситуационных задач (типовые):**

***Задача 1***

При поступлении в стационар больная жаловалась на отвращение к пище, особенно мясной, неприятные ощущения в эпигастрии, похудание за 2 месяца на 8 кг, слабость, пониженную работоспособность, около 3 недель по вечерам субфебрильная температура. Из анамнеза известно, что заболевание началось где-то с полгода назад без всякой видимой для больной причины с неприятных ощущений в эпигастрии. Не обследовалась, самостоятельно лечилась таблетками Но-шпы. При объективном исследовании установлено: больная истощена, тургор кожи снижен, кожные покровы и слизистые бледные. Язык сухой, обложен белым налетом, изо рта неприятный запах. Живот обычной формы, передняя брюшная стенка истончена. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, а при глубокой в области желудка отчетливо пальпируется уплотнение размером до 5 см в диаметре, плотное, малоподвижное, болезненное, печень не пальпируется. При пальпации кишечника патологии не выявлено. При исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты, сочетающееся с отсутствием пепсина и наличием молочной кислоты. При рентгеноскопии желудка отмечается по большой кривизне «дефект наполнения», отсутствие вмещаемости желудка. Ваш диагноз?

Ответ: рак желудка.

***Задача 2***

Больной П. жалуется на ежедневные боли режущего характера в эпигастрии, появляющиеся через 2-3 часа после еды и даже ночами, изжогу, отрыжку кислым. Иногда появляется рвота кислым содержимым, которая приносит облегчение. Стул – один раз в 3 дня. Из анамнеза известно, что считает себя больным около трех лет, начало заболевания связывает с нервным стрессом. Отмечает ухудшение состояния каждую осень и весну. При объективном исследовании сознание ясное, телосложение нормостеническое, питание обычное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, язык обложен серо-белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации определяется болезненность в области привратника. Печень не пальпируется. Со стороны кишечника патологии при пальпации не выявлено. Исследование желудочно-го сока: Порция натощак: количество — 160 мл; общая кислотность — 70; своб. НС1 - 60. Базальная секреция: время — 1 ч.; количество — 356 мл; общая кислот-ность — 65-105; своб. НС1 — 48-86. Максимальная секреция (после введение отвара сухой капусты): время — 1 ч.; количество — 320 мл; общая кислотность — 78-115; своб. НС1 - 60-92. Проба на содержание молочной кислоты — отрицательная. Содержимое: серого цвета. Запаха и примеси нет. Leu в значительном количестве. Цилиндрический эпителий до 36 в поле зрения. Ег свежие, до 10 в поле зрения. Слизь в большом количестве. При рентгенологическом исследовании в области луковицы 12-п.к. найдена «ниша». При ЭГДС – гиперемия и отечность слизистой луковицы 12-п.к., дефект слизистой размером в диаметре до 2 см. О чем должен подумать врач?

Ответ: язвенная болезнь желудка и ДПК, язва луковицы 12-п.к

***Задача 3***

В терапевтическое отделение поступил больной, который предъявлял жалобы на чувство тяжести и распирания в эпигастрии, потерю в весе, тошноту, частую рвоту. На исследование в лабораторию доставлены рвотные массы больного, которые имели неприятный запах тухлых яиц, содержали пузырьки воздуха, остатки пищи, съеденной сутки назад, много слизи. Общая кислотность – 10 титрационных единиц, свободная – 0 титрационных единиц. О каком поражении желудка нужно думать в данном случае?

Ответ: рак желудка, ахлоргидрия, стеноз привратника. По обильному количеству рвотных масс с содержанием в них пищи, съеденной несколько дней назад, можно заподозрить стеноз привратника. Данный диагноз подтверждается и жалобами больного на тяжесть, чувство распирания в желудке. Стеноз привратника развивается при рубцевании язвы двенадцатиперстной кишки или раке желудка. Отсутствие в желудочном содержимом соляной кислоты свидетельствует о раке желудка.

***Задача 4***

Больному И. в порядке обследования желудочно-кишечного тракта произведено дуоденальное зондирование. Получены следующие данные: Желчь “А” Прозрачность полная Цвет золотисто-желтый Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения Желчь “В” Прозрачность полная Цвет темно-зеленый Лейкоциты 5 – 10 в поле зрения Желчь “С” Прозрачность полная Цвет золотисто-желтый Лейкоциты 1 - 2 в поле зрения Как вы оцениваете представленный выше результат? Имеется ли поражение желчевыводящих путей у этого больного?

Ответ: нет

***Задача 5***

О какой патологии идет речь в следующем клиническом случае: острая интенсивная схваткообразная боль в левой подвздошной области и в промежности. Сопровождается позывами к дефекации, после которых выделяется небольшое количество слизи. 1) приступ желчной колики 2) поражение тонкой кишки (энтериты) 3) поражение поджелудочной железы (воспаление) 4) +поражение дистального отдела толстой кишки 5) поражение пилородуоденальной зоны.

***Задача 6***

О какой патологии идет речь в следующем клиническом случае: приступ острой, коликообразной, («морфийной») боли в правом подреберье и эпигастрии с иррадиацией вверх и вправо. Рвота не приносит облегчения. Характерны запоры, чередующиеся с поносами, стеаторея. 1) +приступ желчной колики 2) поражение тонкой кишки (энтериты) 3) поражение поджелудочной железы (воспаление) 4)поражение дистального отдела толстой кишки 5) поражение пилородуоденальной зоны

**Интерпретация данных лабораторных исследований: анализ желудочного содержимого, дуоденального содержимого**

**Задача № 1**

При фракционном зондировании у больного А получены следующие данные:

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет | 20  8  0  8  б/цв | 10  18  10  6  гол | 50  26  14  12  гол. | 20  32  24  8  б/гол | 15  48  30  18  б/цв | 30  50  23  16  б/цв | 25  50  26  14  б/цв | 20  60  28  12  б/цв | 22  60  30  12  б/цв | Единичные ядра  лейкоцитов.  Эпителий цилиндрический  плоский, единичный и не-  большими группами. |

дебит – час HCI 2,82 - мэкв/час;

дебит – час свободной HCI - 1,73 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI - 1,27 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову - 20 мг.

Есть ли в данном случае признаки поражения желудка?

**Задача № 2**

У больных Б и В несколько месяцев назад появились боли в эпигастии через 30 – 60 минут после еды, отрыжка кислым, изжога, периодически рвота. На обследование в больницу направлены впервые. При пальпации отмечена небольшая болезненность в эпигастральной области.

При исследовании желудочного содержимого обнаружили следующие изменения:

Исследование желудочного содержимого больного Б

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Слизь | 80  28  16  12  б/цв  + | 10  21  15  6  гол.  + | 100  64  36  28  гол.  + | 60  78  42  36  гол.  + | 40  96  58  38  гол.  + | 60  88  60  28  б/гол.  + | 30  84  75  9  б/цв  + | 40  84  59  25  б/цв  + | 50  74  49  25  б/цв  + | Лейкоциты,  значительное  количество.  Эпителий  желудочный  скоплениями. |

дебит – час HCI 15,13 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI 8,55 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI 6,54 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 70 мг

Исследование желудочного содержимого больного В

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Слизь  Кровь | 120  36  20  16  б/цв  +  + | 10  20  12  8  гол.  +  + | 120  58  36  22  гол.  +  + | 80  59  42  17  гол.  + | 50  74  54  20  гол.  + | 60  77  56  21  гол.  + | 40  120  85  35  б/гол.  + | 30  131  90  41  б/гол.  + | 50  126  85  41  б/гол.  + | Эритроциты  группами.  Эпителий  желудочный  скоплениями.  Ядра лейкоцитов. |

дебит – час HCI 15,58 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI 10,50 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI 5,08 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 65 мг.

О каких заболеваниях можно думать по этим анализам?

**Задача № 3**

В палату госпитализировали больных К и Н. Оба предъявляют жалобы на тупые, постоянные боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, плохой аппетит, потерю в весе. Болеют около 5 лет. Врачом в целях обследования больным было назначено желудочное зондирование. Получены следующие данные:

Исследование желудочного содержимого больного К

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопическое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая  кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Молочная  кислота  Кровь  Желчь | -  -  -  -  -  -  -  - | 20  2  0  2  гол.  +  + | 40  7  0  7  б/ гол.  +  + | 9  5  0  5  б/цв  +  + | 6  6  0  6  б/цв  +  + | 7  6  0  6  б/цв  +  +  + | 3  5  0  5  б/роз.  +  +  + | 3  4  0  4  б/роз.  +  +  + | 2  3  0  3  б/роз.  +  +  + | Эритроциты.  Палочки молочно-кислого  брожения. Ядра  лейкоцитов.  Сарцины.  Дрожжевые  грибки |

дебит – час HCI 0,42 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI --;

дебит – час связанной HCI 0,42 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 1 мг.

Исследование желудочного содержимого больного Н

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет | -  -  -  -  - | 12  4  0  4  гол. | 25  8  0  8  б/ гол. | 10  5  0  5  б/цв | 6  6  0  6  б/цв | 8  4  0  4  желт. | 4  3  0  3  б/цв | 3  2  0  2  б/цв |  | Лейкоциты в значительном количестве.  Эритроциты единичные. Эпителиальные  клетки неизмененные. |

Сычужный фермент в разведении 1:10 не обнаружен

дебит – час HCI 0,53 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI --;

дебит – час связанной HCI 0,53 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 0 мг.

О каких заболеваниях можно думать по данным анализа желудочного сока?

**Задача № 4**

При поступлении в стационар больная жаловалась на отвращение к пище, особенно мясной, неприятные ощущения в эпигастрии, похудание за 2 месяца на 8 кг, слабость, пониженную работоспособность, около 3 недель по вечерам субфебрильная температура. Из анамнеза известно, что заболевание началось где-то с полгода назад без всякой видимой для больной причины с неприятных ощущений в эпигастрии. Не обследовалась, самостоятельно лечилась таблетками Но-шпы. При объективном исследовании установлено: больная истощена, тургор кожи снижен, кожные покровы и слизистые бледные. Язык сухой, обложен белым налетом, изо рта неприятный запах. Живот обычной формы, передняя брюшная стенка истончена. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, а при глубокой в области желудка отчетливо пальпируется уплотнение размером до 5 см в диаметре, плотное, малоподвижное, болезненное, печень не пальпируется. При пальпации кишечника патологии не выявлено.

При исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты, сочетающееся с отсутствием пепсина и наличием молочной кислоты. При рентгеноскопии желудка отмечается по большой кривизне «дефект наполнения», отсутствие вмещаемости желудка. Ваш диагноз?

**Задача № 5**

Больной П. жалуется на ежедневные боли режущего характера в эпигастрии, появляющиеся через 2-3 часа после еды и даже ночами, изжогу, отрыжку кислым. Иногда появляется рвота кислым содержимым, которая приносит облегчение. Стул – один раз в 3 дня. Из анамнеза известно, что считает себя больным около трех лет, начало заболевания связывает с нервным стрессом. Отмечает ухудшение состояния каждую осень и весну. При объективном исследовании сознание ясное, телосложение нормостеническое, питание обычное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, язык обложен серо-белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации определяется болезненность в области привратника. Печень не пальпируется. Со стороны кишечника патологии при пальпации не выявлено. Исследование желудочного сока:

Порция натощак: количество — 160 мл; общая кислотность — 70; своб. НС1 - 60. Базальная секреция: время — 1 ч.; количество — 356 мл; общая кислотность — 65-105; своб. НС1 — 48-86. Максимальная секреция (после введе¬ние отвара сухой капусты): время — 1 ч.; количество — 320 мл; общая кислотность — 78-115; своб. НС1 - 60-92. Проба на содержание молочной кис¬лоты — отрицательная. Содержимое: серого цвета. Запаха и примеси нет. Leu в значительном количестве. Цилиндрический эпителий до 36 в поле зрения. Ег свежие, до 10 в поле зрения. Слизь в большом количестве.

При рентгенологическом исследовании в области луковицы 12-п.к. найдена «ниша». При ЭГДС – гиперемия и отечность слизистой луковицы 12-п.к., дефект слизистой размером в диаметре до 2 см. О чем должен подумать врач?

**Задача № 6**

В терапевтическое отделение поступил больной, который предъявлял жалобы на чувство тяжести и распирания в эпигастрии, потерю в весе, тошноту, частую рвоту.

На исследование в лабораторию доставлены рвотные массы больного, которые имели неприятный запах тухлых яиц, содержали пузырьки воздуха, остатки пищи, съеденной сутки назад, много слизи. Общая кислотность – 10 титрационных единиц, свободная – 0 титрационных единиц.

О каком поражении желудка нужно думать в данном случае?

**Задача № 7**

Больному И в порядке обследования желудочно-кишечного тракта произведено дуоденальное зондирование. Получены следующие данные:

*Желчь «А»*

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения

*Желчь «В»*

Прозрачность полная

Цвет темно-зеленый

Лейкоциты 5 – 10 в поле зрения

Желчь «С»

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 1 - 2 в поле зрения

Как вы оцениваете представленный выше результат? Имеется ли поражение желчевыводящих путей у этого больного?

**Задача № 8**

У больных К и Л периодически появляются приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек, обесцвеченным калом и мочой, имеющей цвет “пива”. При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Больной К | Больной Л |
| Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Цвет  Лейкоциты  Кристаллы  Слизь  Лямблии  Цвет  Прозрачность  Кристаллы  Слизь | **Желчь “А”**  мутная  светло-желтый  покрывают все поле зрения  значительное количество  **Желчь “В”**  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина в большом  количестве  много  нет  **Желчь “С”**  светло-желтый  обычная  холестерина в большом  количестве  много | хлопья  светло-желтый  40 – 50 в поле зрения  значительное количество  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина, покрывают все поле  поле зрения  найдены  золотисто-желтый  мутная  немного |

Какой диагноз вы поставите этим больным?

**Задача № 9**

У больных М и Н, находящихся на лечении в терапевтическом отделении, были жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, сопровождающиеся повышением температуры, тошнотой и рвотой желчью.

В порядке планового обследования им проведено исследование дуоденального содержимого; получены следующие результаты:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Больной М | | Больной Н |
| Цвет  Лейкоциты  Слизь  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Лямблии  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь | **Желчь “А”**  золотисто-желтый  2 – 3 в поле зрения  нет  **Желчь “В”**  мутная  темно-зеленый  20 – 30 в поле зрения  хлопья, значительное количество  есть  **Желчь “С”**  мутная  золотисто-желтый  1 – 2 в поле зрения  немного | желтый  30 – 40 в поле зрения  умеренная  мутная с хлопьями  темно-зеленый  покрывают все поле  -  -  мутная  желтый  до 40 в поле зрения  есть | |

О каких заболеваниях можно думать, имея такие данные?

**Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Задача № 1**

Натощак в желудке небольшое количество сока (не более 50 мл), с низкими цифрами общей кислотности. После пробного завтрака общая и свободная кислотность не превышает норму. Имеется нормальная эвакуация из желудка. При микроскопии выявлены единичные эпителиальные клетки и ядра лейкоцитов.

Таким образом, в данном случае при исследовании желудочного сока патологии у больного А не выявлено.

**Задача № 2**

В полученных анализах желудочного сока у больных Б и В много общего. Так, имеется гиперсекреция натощак (количество сока более 50 мл). Общая и свободная кислотность в отдельных порциях превышает норму (соответственно 60 и 40 ед.). Однако выявлены и некоторые различия. Так, у больного В несколько замедлена эвакуация из желудка (окрашивание желудочного сока исчезает только через 1,5 часа, против 1 часа). Во всех порциях имеется примесь крови (что говорит о желудочном кровотечении). Это же подтверждается и обнаружением эритроцитов при микроскопическом исследовании.

Такое сочетание гиперсекреции, гиперацидного состояния и примеси крови в желудочном содержимом характерно для язвенной болезни.

У больного Б помимо вышеперечисленных изменений обнаружено много слизи, лейкоцитов, желудочного эпителия. Сочетание гиперсекреции, гиперхлоргидрии и воспалительных изменений характерно для хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

**Задача № 3**

У обоих больных выявлена гипосекреция – натощак желудочный сок отсутствует, а после пробного завтрака количество сока очень небольшое (меньше 50 мл). Общая кислотность снижена, а свободная отсутствует (ахлоргидрия). Обычно окончательно судить о возможности выработки соляной кислоты можно лишь после проведения гистаминовой пробы. Ускорена также эвакуация из желудка (через 45 минут окраска содержимого желудка исчезает).

У больного Н не обнаружено сычужного фермента, что указывает на ахилию. При микроскопии желудочного содержимого обнаружено значительное количество лейкоцитов, не измененных эпителиальных клеток, что указывает на воспалительный процесс в желудке. Таким образом, у больного имеются данные в пользу ахилического гастрита.

У больного К в желудочном содержимом найдена молочная кислота, кровь. При микроскопии – данных за воспалительный процесс не выявлено, однако найдены различные микроорганизмы. В норме их нет, а появляются они при отсутствии бактерицидного действия соляной кислоты. Полученные у него данные подозрительны для рака желудка, так как имеются признаки кровотечения, которые в данной ситуации могут быть за счет распада опухолевой ткани.

**Задача № 4**

Рак желудка.

**Задача № 5**

Язвенная болезнь: язва луковицы 12-п.кишки.

**Задача № 6**

По обильному количеству рвотных масс с содержанием в них пищи, съеденной несколько дней назад, можно заподозрить стеноз привратника. Данный диагноз подтверждается и жалобами больного на тяжесть, чувство распирания в желудке. Стеноз привратника развивается при рубцевании язвы двенадцатиперстной кишки или раке желудка. Отсутствие в желудочном содержимом соляной кислоты свидетельствует о раке желудка.

**Задача № 7**

Все порции желчи имеют характерную для них окраску, прозрачны, содержат единичные лейкоциты. В порции “В” всегда лейкоцитов несколько больше, чем в порциях “А” и “С”, так как пузырная желчь более концентрированная. Патологические примеси (слизь, кристаллы солей, паразиты) в них отсутствуют.

На основании этого можно сделать заключение, что у больного И нормальный состав желчи, а следовательно нет поражения желчевыводящих путей.

**Задача № 8**

У больного К во всех порциях много лейкоцитов, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре и желчных ходах. В пузырной желчи и порции “С” содержится много кристаллов холестерина, что указывает на калькулезный характер холецисто-холангита.

У больного Л патологические изменения выявлены в порциях “А” и “В”. В связи с тем, что содержимое порции “А”не имеет решающего диагностического

значения можно считать, что воспалительный процесс локализуется в желчном пузыре. Кроме того, в порции “В” содержится много кристаллов холестерина и лямблии. Следовательно, имеет место калькулезный холецистит лямблиозной этиологии.

**Задача № 9**

У больного М патологические изменения есть только в порции “В”, то есть в пузырной порции. В желчи содержится много лейкоцитов, слизи в виде хлопьев, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре. Наличие в ней лямблий указывает на этиологический фактор этого воспаления (лямблиозный холецистит).

У больного Н во всех порциях обнаружены лейкоциты в большом количестве, слизь. На основании этих данных можно думать о наличии у больного холецистита в сочетании с холангитом.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Тема 14** *Симптоматология гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, рака желудка.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса**

Вариант 1

1. Симптоматология хронического гиперацидного гастрита

2. Анализ желудочного содержимого при раке желудка

Вариант 2

1. Симптоматология язвенной болезни желудка
2. Анализ желудочного содержимого при гипоацидном гастрите

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология и патогенез гастритов. Классификация, клиническая картина, диагностические методы.

2. Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

3. Основные синдромы язвенной болезни с локализацией язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке.

4. Осложнения язвенной болезни (стеноз, кровотечение, перфорация язвы, пенетрация язвы в другие органы, малигнизация).

5. Диагностика язвенной болезни и основные принципы лечения.

6. Рак желудка. Этиология. Патогенез (экзогенные канцерогены, эндогенные канцерогенные ситуации).

7. Клиническая картина рака желудка. Методы диагностики. Понятие о клинических стадиях.

**Ситуационные задачи:**

**Задача 1**

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку «кислым», изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года. Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 2**

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 3**

Больной А. отмечает периодически сильную изжогу, особенно от кислой и острой пищи, нерезкие боли под ложечкой, несвязанные с приемом пищи, тошноту, рвоту кислым, иногда запоры. Сезонности в заболевании не отмечает.

По Вашему мнению, у больного:

1. Хронический гастрит с повышенной кислотностью.
2. Язвенная болезнь.
3. Хронический гастрит с пониженной секрецией.

**Задача 4**

Последнее время больной О. 65 лет стал худеть, слабеть, у него пропал аппетит, особенно к ранее любимой мясной пище. Почти постоянно ощущает тяжесть в подложечной области, горечь во рту, тошноту. Иногда бывает рвота съеденной пищей. Больной много лет страдает гастритом с низкими цифрами общей и свободной кислотности. В анализе крови анемия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитопения. Реакция Грегерсена положительная. Анализы желудочного сока и рентгеноскопия еще не проводились.

По Вашему мнению, у больного:

1. Хронический гипоацидный гастрит (обострение).
2. Рак желудка.

**Задача 5**

Больной жалуется на постоянные неприятные давящие боли в области эпигастрия, которые усиливаются после приема любой пищи, тошноту, отрыжку воздухом, периодически жидкий стул с неприятным запахом без слизи и крови. Из анамнеза известно, что болен около 5 лет, свое состояние связывает с нерегулярным питанием и нервными стрессами. Не обследовался, не лечился ранее. При объективном исследовании отмечается понижение питания, кожные покровы и слизистые слегка бледноваты, тургор кожи снижен. Язык влажный, обложен белым налетом у корня, глотание не затруднено, зубы здоровые. Живот обычной формы, активно участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, АД 120/80 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. При исследовании желудочного сока – низкая кислотность и снижение ферментативной активности. При рентгеноскопии желудка данных за органическую патологию нет.

Какой желудочный синдром можно выделить у данного больного?

Эталоны ответов:

Задача 1

1.Гиперацидный синдром.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* боль в эпигастральной области;
* связь с приемом пищи;
* отрыжка кислым, изжога;
* нарушение режима питания;

2) объективные данные:

* при осмотре языка ‑ обложенность;
* при пальпации живота ‑ болезненность в эпигастральной области;

2.PH - метрия: повышенная кислотность. Эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии. Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.

3. Язвенная болезнь желудка.

**Задача 2**

1. Гиперацидный синдром. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;
* самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;
* аппетит сохранен;
* сезонность обострений;
* связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;
* вредные привычки ‑ курение;

2) объективные данные :

* при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
* при пальпации: болезненность в эпигастральной области;

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

**Задача 3**

**1**

**Задача 4**

**2**

**Задача 5**

Гипоацидный синдром

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

* + - 1. Желудочно-кишечное кровотечение
      2. Стеноз привратника
      3. Острый живот.

**Тема 15** *Основные печеночные синдромы: желтухи (паренхиматозная, механическая, гемолитическая), портальной гипертонии, гепатолиенальный синдром, печеночной недостаточности (печеночная кома).*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

**Вариант 1**

1. Обострение хронического панкреатита провоцирует

а) ОРВИ, переохлаждение

б) прием жирной пищи, алкоголя

в) прием белковой пищи, курение

г) переутомление, стрессы

2. Опоясывающий характер боли в животе наблюдается при

а) гастрите

б) гепатите

в) панкреатите

г) холецистите

3. При хроническом панкреатите наблюдаются синдромы

а) анемический, гиперпластический

б) болевой, диспептический

в) гипертонический. отечный

г) гипертонический, нефротический

4. Осложнение хронического панкреатита

а) желчно-каменная болезнь

б) сахарный диабет

в) цирроз печени

г) язвенная болезнь

5. При панкреатите в анализе крови отмечается

а) увеличение амилазы

б) увеличение белка

в) уменьшение амилазы

г) уменьшение холестерина

6. К возникновению цирроза печени может привести

а) хронический гастрит

б) хронический колит

в) хронический гепатит

г) язвенная болезнь

7. Основная причина постнекротического цирроза печени

а) алкоголизм

б) хронический вирусный гепатит

в) хронический холецистит

г) хронический панкреатит

8. Алкоголизм ведет к развитию цирроза печени

а) билиарного

б) портального

в) постнекротического

9. Расширение вен пищевода развивается при

а) гастрите

б) колите

в) холецистите

г) циррозе печени

10. Симптом "головы Медузы" характерен для

а) гастрита

б) панкреатита

в) цирроза печени

г) язвенной болезни

11. "Сосудистые звездочки" на верхней части туловища характерны для

а) панкреатита

б) холецистита

в) цирроза печени

г) язвенной болезни

12. Признак портальной гипертензии

а) асцит

б) атрофия сосочков языка

в) желтуха

г) эритема ладоней

13. Асцит характерен для

а) колита

б) панкреатита

в) цирроза печени

г) энтерита

14. Осложнение цирроза печени

а) пищеводное кровотечение

б) перфорация желудка

в) пенетрация

г) пилоростеноз

15. Подготовка больного к абдоминальной пункции

а) опорожнить мочевой пузырь

б) промыть желудок

в) поставить очистительную клизму

г) поставить сифонную клизму

**Вариант 2**

1. При хроническом панкреатите кал

а) дегтеобразный

б) жирный

в) кровянистый

г) обесцвеченный

2. Наличие в кале непереваренных мышечных волокон - это

а) амилорея

б) креаторея

в) мелена

г) стеаторея

3. Наличие в кале капель нейтрального жира - это

а) амилорея

б) креаторея

в) мелена

г) стеаторея

4. Основная причина хронического гепатита

а) вирус гепатита А

б) вирус гепатита В

в) кишечная палочка

г) энтерококк

5. Основные симптомы хронического гепатита

а) желтуха, гепатомегалия

б) слабость, недомогание

в) головная боль, тошнота

г) метеоризм, поносы

6. Желтуха развивается при

а) вирусном гепатите

б) хроническом колите

в) хроническом энтерите

г) язвенной болезни

7. При гепатите развивается желтуха

а) гемолитическая

б) механическая

в) паренхиматозная

8. Подготовка больного к УЗИ органов брюшной полости

а) поставить масляную клизму

б) поставить сифонную клизму

в) промыть желудок

г) проводить натощак

9. Для диагностики хронического гепатита проводят

а) желудочное зондирование

б) ирригоскопию

в) колоноскопию

г) радиоизотопное исследование

10. После абдоминальной пункции живот больного оставляют стянутым

полотенцем для профилактики

а) гипертонического криза

б) кровоизлияния в мозг

в) обморока

г) отека легких

11. При гипертонически-гиперкинетическом типе дискинезии

желчевыводящих путей наблюдается

а) резкая боль в правом подреберье

б) резкая боль в левом подреберье

в) ноющая боль в правом подреберье

г) ноющая боль в левом подреберье

12. При гипотонически-гипокинетическом типе дискинезии

желчевыводящих путей отмечается

а) резкая боль в правом подреберье

б) резкая боль в правой подвздошной области

в) ноющая боль в правом подреберье

г) ноющая боль в правой подвздошной области

13. К возникновению цирроза печени может привести

а) хронический гастрит

б) хронический колит

в) хронический гепатит

г) язвенная болезнь

14. Основная причина постнекротического цирроза печени

а) алкоголизм

б) хронический вирусный гепатит

в) хронический холецистит

г) хронический панкреатит

15. Алкоголизм ведет к развитию цирроза печени

а) билиарного

б) токсический

в) портального

г) постнекротического

**Эталоны ответов:**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Б |
| 2 | В |
| 3 | Б |
| 4 | Б |
| 5 | А |
| 6 | В |
| 7 | А |
| 8 | В |
| 9 | Г |
| 10 | В |
| 11 | В |
| 12 | А |
| 13 | В |
| 14 | А |
| 15 | А |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Б |
| 2 | Б |
| 3 | Г |
| 4 | Б |
| 5 | А |
| 6 | А |
| 7 | В |
| 8 | Г |
| 9 | Г |
| 10 | Б |
| 11 | А |
| 12 | В |
| 13 | В |
| 14 | А |
| 15 | В |

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология и патогенез желтух (гемолитическая, паренхиматозная, механическая). Особенности нарушения пигментного обмена.

2. Синдром портальной гипертонии. Патогенез, клинические проявления.

3. Гепато-лиенальный синдром. Понятие, клинические проявления, изменение состава крови.

4. Синдром печеночной недостаточности. Этиология, патогенез, клиническая картина, особенности нарушения обмена веществ.

**Тексты ситуационных задач:**

***Задача 1***

У больного Р.,33 лет в течение недели отмечались катаральные явления, головные боли, субфебрильная температура. День назад появилась желтушность склер, темная моча. В анализе крови: прямой билирубин 27,4 мкмоль/л, непрямой билирубин 51,3 мкмоль/л. Моча темно-бурого цвета, мутноватая, реакция на билирубин резко положительная. Определите вид желтухи, стадию, патогенез нарушений. Один правильный ответ: 1.механическая 2.+паренхиматозная 3.гемолитическая

***Задача 2***

У больного Л.,48 лет определена гипербилирубинемия - прямой билирубин составляет 16,7 мкмоль/л, билирубинурия, холалемия, холалурия, ахолия, гиперхолестеринемия. Определите вид желтухи, для которой характерны данные отклонения Один правильный ответ: 1.+механическая 2.паренхиматозная 3. Гемолитическая

***Задача 3***

У больного К. 28 лет выявлены следующие изменения: гипербилирубинемия - непрямой билирубин 28,3 мкмоль/л, уробилиногенемия, стеркобилин- и уробилиногенурия 15,48 мкмоль/сутки, кал гиперхоличный. Определите вид желтухи, для которой характерны данные нарушения. 1. механическая 2.паренхиматозная 3. +гемолитическая

***Задача 4***

У больной Т. к длительно существующему диспептическому синдрому присоединилась быстро нарастающая желтуха. При клинико-лабораторном обследовании обнаружено: печень увеличена, желчный пузырь доступен пальпации. В крови содержится 342 мкмоль/л билирубина , реакция с диазореактивом Эрлиха прямая . В моче определяется билирубин в большом количестве . Кал обесцвечен . Вопрос. Определите тип желтухи Один правильный ответ: 1.+механическая 2.паренхиматозная 3.гемолитическая

**Задача 5**

Больному И в порядке обследования желудочно-кишечного тракта произведено дуоденальное зондирование. Получены следующие данные:

**Желчь “А”**

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения

**Желчь “В”**

Прозрачность полная

Цвет темно-зеленый

Лейкоциты 5 – 10 в поле зрения

**Желчь “С”**

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 1 - 2 в поле зрения

Как вы оцениваете представленный выше результат? Имеется ли поражение желчевыводящих путей у этого больного?

Ответ: Все порции желчи имеют характерную для них окраску, прозрачны, содержат единичные лейкоциты. В порции “В” всегда лейкоцитов несколько больше, чем в порциях “А” и “С”, так как пузырная желчь более концентрированная. Патологические примеси (слизь, кристаллы солей, паразиты) в них отсутствуют.

На основании этого можно сделать заключение, что у больного И нормальный состав желчи, а следовательно нет поражения желчевыводящих путей.

**Задача 6**

У больных К и Л периодически появляются приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек, обесцвеченным калом и мочой, имеющей цвет “пива”. При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Больной К | Больной Л |
| Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь | **Желчь “А”**  мутная  светло-желтый  покрывают все поле зрения  значительное количество | хлопья  светло-желтый  40 – 50 в поле зрения  значительное количество |
| Цвет  Лейкоциты  Кристаллы  Слизь  Лямблии | **Желчь “В”**  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина в большом  количестве  много  нет | темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина, покрывают все поле  поле зрения  найдены |
| Цвет  Прозрачность  Кристаллы  Слизь | **Желчь “С”**  светло-желтый  обычная  холестерина в большом  количестве  много | золотисто-желтый  мутная  немного |

Какой диагноз вы поставите этим больным?

Ответ: У больного К во всех порциях много лейкоцитов, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре и желчных ходах. В пузырной желчи и порции “С” содержится много кристаллов холестерина, что указывает на калькулезный характер холецисто-холангита. У больного Л патологические изменения выявлены в порциях “А” и “В”. В связи с тем, что содержимое порции “А”не имеет решающего диагностического значения можно считать, что воспалительный процесс локализуется в желчном пузыре. Кроме того, в порции “В” содержится много кристаллов холестерина и лямблии. Следовательно, имеет место калькулезный холецистит лямблиозной этиологии.

**Задача 7**

У больных М и Н, находящихся на лечении в терапевтическом отделении, были жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, сопровождающиеся повышением температуры, тошнотой и рвотой желчью. В порядке планового обследования им проведено исследование дуоденального содержимого; получены следующие результаты:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Больной М | | Больной Н |
| Цвет  Лейкоциты  Слизь  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Лямблии  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь | **Желчь “А”**  золотисто-желтый  2 – 3 в поле зрения  нет  **Желчь “В”**  мутная  темно-зеленый  20 – 30 в поле зрения  хлопья, значительное количество  есть  **Желчь “С”**  мутная  золотисто-желтый  1 – 2 в поле зрения  немного | желтый  30 – 40 в поле зрения  умеренная  мутная с хлопьями  темно-зеленый  покрывают все поле  -  -  мутная  желтый  до 40 в поле зрения  есть | |

О каких заболеваниях можно думать, имея такие данные?

Ответ: У больного М патологические изменения есть только в порции “В”, то есть в пузырной порции. В желчи содержится много лейкоцитов, слизи в виде хлопьев, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре. Наличие в ней лямблий указывает на этиологический фактор этого воспаления (лямблиозный холецистит). У больного Н во всех порциях обнаружены лейкоциты в большом количестве, слизь. На основании этих данных можно думать о наличии у больного холецистита в сочетании с холангитом.

**Интерпретация результатов лабораторных исследований: биохимический анализ крови (желтухи)**

**Анализ крови N 1**

Больной Чалиев Н.Х.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция непрямая 16 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак - 4,5 ммоль/л

через 120 / - 5,6 ммоль/л

АЛТ – 0,4 мкмоль/л

АСТ- 0,2 мкмоль/л

альдолаза – 0,1 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 2,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 1,4 мккат/л

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 3 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

анализ мочи

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

анализ кала

кал обычного цвета

реакция Шмидта полож.

Ответ: нет патологии

**Анализ крови N 2**

Больной Чеботарев И.В.

Билирубин по Иендрашеку:

общий – 65,0 мкмоль/л

непрямой – 20,0 мкмоль/л

прямой – 45,0 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак - 5,6 ммоль/л

через 120 / - 10,0 ммоль/л

АЛТ – 0,8 мкмоль/л

АСТ- 0,6 мкмоль/л

альдолаза – 0,15 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 4,5 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 0,15 мккат/л

холестерин – 4,0 ммоль/л

альбумины крови – 50 %

фибриноген – 1,8 г/л

сулемовая проба – 4,0 мл

тимоловая проба – 7 ед.

анализ мочи

Билирубин – положит.

Уробилин – положит.

анализ кала

В кале следы стеркобилина

Ответ: паренхиматозная желтуха.

**Анализ крови N 3**

Больной Петров К.С.

Билирубин по Иендрашеку:

общий – 215,0 мкмоль/л

прямой – 35,0 мкмоль/л

непрямой – 180,0 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 5,4 ммоль/л

через 120 / - 8,8 ммоль/л

АЛТ – 0,75 мкмоль/л

АСТ – 0,52 мкмоль/л

альдолаза – 0,17 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 5,2 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 0,7 мккат/л

холестерин – 3,8 ммоль/л

альбумины крови – 49 %

фибриноген – 1,7 г/л

сулемовая проба – 3,8 мл

тимоловая проба – 8 ед.

анализ мочи

Билирубин – положит.

Уробилин – положит.

анализ кала

В кале следы стеркобилина

Ответ: паренхиматозная желтуха.

**Анализ крови N 4**

Больной Батраковой Л.И.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция прямая 68 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 4,2 ммоль/л

через 120 / - 5,3 ммоль/л

АЛТ – 0,3 мкмоль/л

АСТ – 0,2 мкмоль/л

альдолаза – 0,07 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 0,9 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 3,4 мккат/л

холестерин – 6,2 ммоль/л

альбумины – 58 %

фибриноген – 2 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 4 ед.

анализ мочи

Билирубин – полож.

Уробилин – отрицат.

анализ кала

Реакция Шмидта на

стеркобилин отрицат.

Ответ: механическая желтуха.

**Анализ крови N 5**

Больной Агарков П.Н.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция прямая 229 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 3,8 ммоль/л

через 120 / - 5,8 ммоль/л

АЛТ – 0,6 мкмоль/л

АСТ – 0,45 мкмоль/л

альдолаза – 0,11 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 3,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 4,0 мккат/л

холестерин – 7,0 ммоль/л

альбумины – 62 %

фибриноген – 2 г/л

сулемовая проба – 2,0 мл

тимоловая проба – 2 ед.

анализ мочи

Билирубин – положит.

Уробилин – отрицат.

анализ кала

Реакция Шмидта на

стеркобилин отрицат.

Ответ: механическая желтуха.

**Анализ крови N 6**

Больной Фокин М.В.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция непрямая 116 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 4,0 ммоль/л

через 120 / - 5,9 ммоль/л

АЛТ – 0,5 мкмоль/л

АСТ – 0,2 мкмоль/л

альдолаза – 0,08 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 1,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 1,0 мккат/л

холестерин – 4,8 ммоль/л

альбумины – 60 %

фибриноген – 2 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

анализ мочи

Билирубин – отрицат.

Уробилин – резко положит.

анализ кала

кал темного цвета

реакция Шмидта (+)

Ответ: гемолитическая желтуха.

**Анализ крови N 7**

Больной Варданян Н.Х.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция непрямая 58 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак 3,8 ммоль/л

через 120 / - 6,0 ммоль/л

АЛТ – 0,4 мкмоль/л

АСТ- 0,1 мкмоль/л

альдолаза – 0,06 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 0,8 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 0,7 мккат/л

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 56 %

фибриноген – 1,9 г/л

сулемовая проба – 1,6 мл

тимоловая проба – 1 ед.

анализ мочи

Билирубин – отрицат.

Уробилин – полож.

анализ кала

кал темного цвета

Ответ: паренхиматозная желтуха.

**Анализ крови N 8**

Больной Тарасов И.П.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция непрямая 64 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 4,2 ммоль/л

через 120 / - 5,6 ммоль/л

АЛТ – 0,3 мкмоль/л

АСТ – 0,4 мкмоль/л

альдолаза – 0,13 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 2,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 1,5 мккат/л

холестерин – 4,7 ммоль/л

альбумины крови – 62 %

фибриноген – 3 г/л

сулемовая проба – 2,0 мл

тимоловая проба – 4 ед.

анализ мочи

Билирубин – отрицат.

Уробилин – резко полож.

анализ кала

Реакция Шмидта на стеркобилин

резко положительная

Ответ: гемолитическая желтуха.

**Анализ крови N 9**

Больной Арутюнян Р.А.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция непрямая 38 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак - 5,0 ммоль/л

через 120 / - 6,5 ммоль/л

АЛТ – 0,6 мкмоль/л

АСТ- 0,35 мкмоль/л

альдолаза – 0,1 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 3,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 2,0 мккат/л

холестерин – 5,1 ммоль/л

альбумины крови – 64 %

фибриноген – 3,5 г/л

сулемовая проба – 1,9 мл

тимоловая проба – 5 ед.

анализ мочи

Билирубин – отрицат.

Уробилин – положит.

анализ кала

кал темного цвета

Ответ: гемолитическая желтуха.

Ответ: паренхиматозная желтуха.

**Анализ крови N 10**

Больной Соколов Д.М.

Билирубин по Иендрашеку:

общий – 410,0 мкмоль/л

прямой – 100,0 мкмоль/л

непрямой – 310,0 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак 6,2 ммоль/л

через 120 / - 11,3 ммоль/л

АЛТ – 1,3 мкмоль/л

АСТ- 0,9 мкмоль/л

альдолаза – 0,19 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 6,4 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 0,2 мккат/л

холестерин – 4,2 ммоль/л

альбумины крови – 42 %

фибриноген – 1,5 г/л

сулемовая проба – 4,0 мл

тимоловая проба – 10 ед.

анализ мочи

Билирубин – положит.

Уробилин – положит.

анализ кала

В кале следы стеркобилина

Ответ: паренхиматозная желтуха

**Анализ крови N11**

Больной Шмаков Л.Е.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция прямая 58,5 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак - 4,6 ммоль/л

через 120 / - 5,6 ммоль/л

АЛТ – 0,4 мкмоль/л

АСТ- 0,4 мкмоль/л

альдолаза – 0,1 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 2,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 2,8 мккат/л

холестерин – 6,0 ммоль/л

альбумины крови – 60 %

фибриноген – 3 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

анализ мочи

Билирубин – положит.

Уробилин – отрицат.

анализ кала

Реакция Шмидта на

стеркобилин отрицат.

Ответ: механическая желтуха

**Анализ крови N 12**

Больной Васильев Н.М.

Билирубин по Иендрашеку:

общий – 265,0 мкмоль/л

прямой – 55,0 мкмоль/л

непрямой – 210,0 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 6,0 ммоль/л

через 120 / - 10,6 ммоль/л

АЛТ – 1,02 мкмоль/л

АСТ – 0,71 мкмоль/л

альдолаза – 0,16 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 5,8 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 0,12 мккат/л

холестерин – 3,5 ммоль/л

альбумины крови – 45 %

фибриноген – 1,9 г/л

сулемовая проба – 5,2 мл

тимоловая проба – 11ед.

анализ мочи

Билирубин – положит.

Уробилин – положит.

анализ кала

В кале следы стеркобилина.

Реакция Шмидта (+-).

Ответ: паренхиматозная желтуха.

**Анализ крови N13**

Больной Идрисова М.В.

Билирубин по Иендрашеку,

реакция непрямая 116 мкмоль/л

глюкозотолерантный тест

натощак – 4,0 ммоль/л

через 120 / - 5,9 ммоль/л

АЛТ – 0,5 мкмоль/л

АСТ – 0,2 мкмоль/л

альдолаза – 0,08 мкмоль/(сек.л)

лактатдегидрогеназа – 1,0 мкмоль/л

щелочная фосфотаза – 1,0 мккат/л

холестерин – 4,8 ммоль/л

альбумины – 60 %

фибриноген – 2 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

анализ мочи

Билирубин – отрицат.

Уробилин – резко положит.

анализ кала

кал темного цвета

реакция Шмидта (+)

Ответ: гемолитическая желтуха.

**Тема 16** *Симптоматология гепатитов, циррозов печени, желчно-каменной болезнь, холециститов.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Симптоматология хронического гепатита

2. Анализ крови при паренхиматозной желтухе

Вариант 2

1. Симптоматология цирроза печени

2. Печеночная кома

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез, клиника хронических гепатитов. Классификация.

2. Этиология, патогенез, клиника циррозов печени. Особенности нарушения обмена веществ, наиболее часто встречаемые осложнения.

3. Желчно-каменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики.

4. Холециститы. Этиология. Патогенез. Клиника. Методы диагностики.

**Тексты ситуационных задач:**

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

Больной Б., 58 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве. Объективно: температура 36,90С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, слабоболезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительные синдромы.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 2**

Какая желтуха у больного по данным биохимического анализа крови?

Больной Чалиев Н.Х.

Общий билирубин – 75 мкмоль/л

Прямой билирубин – 10 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 20 мкмоль/л

АЛАТ – 48 мкмоль/л

АСАТ- 53 мкмоль/л

лактатдегидрогеназа – 415 ЕД

щелочная фосфотаза – 325 ЕД

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 6 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

моча пенистая

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

кал ахоличен

**Задача 3**

Какая желтуха у больного по данным биохимического анализа крови?

Больной Петров В.Г.

Общий билирубин – 45 мкмоль/л

Прямой билирубин – 4 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 28 мкмоль/л

АЛАТ – 43 мкмоль/л

АСАТ- 42 мкмоль/л

лактатдегидрогеназа – 250 ЕД

щелочная фосфотаза – 95 ЕД

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 3 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

моча - темная

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

кал - темный

**Задача 4**

Какая желтуха у больного по данным биохимического анализа крови?

Больной Петров В.Г.

Общий билирубин – 68 мкмоль/л

Прямой билирубин – 15 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 32 мкмоль/л

АЛАТ – 138 мкмоль/л

АСАТ- 124 мкмоль/л

лактатдегидрогеназа – 458 ЕД

щелочная фосфотаза – 115 ЕД

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 8 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

моча - темная

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

кал - светлый

Эталон ответа

1. Синдром желтухи. Синдром портальной гипертензии. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. Синдром холестаза.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* слабость, недомогание, тошнота, чувство тяжести и ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, метеоризм, кожный зуд, носовые кровотечения ;
* вредные привычки ‑ злоупотребление алкоголем;

2) объективные данные:

* при осмотре: желтуха, следы расчесов на коже, признаки бывшего носового кровотечения, красные губы, “печеночные” ладони и язык, сосудистые “звездочки”;
* признаки портальной гипертензии ‑ симптом “головы Медузы”;
* отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, гинекомастия;
* увеличение живота;
* при пальпации: увеличение печени и селезенки;

2. Общий анализ крови: возможна анемия, биохимический анализ крови: изменение содержания билирубина, белковых фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, пункционная биопсия печени, ультразвуковое исследование печени, лапароскопия.

3. Кровотечения (пищеводные, желудочно-кишечные), печеночная недостаточность.

**Задача 2**

Механическая желтуха

**Задача 3**

Гемолитическая желтуха.

**Задача 4**

Паренхиматозная желтуха.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Печеночная энцефалопатия
2. Печеночно-клеточная недостаточность
3. Портальный цирроз печени
4. Вирусные гепатиты

**Тема 17** *Основные почечные синдромы: мочевой, нефротический, нефритический, острой и хронической почечной недостаточности, почечной гипертонии, почечной эклампсии.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

**Вариант 1**

1. Отеки на лице, гипертония, моча цвета "мясных помоев" наблюдаются при

а) мочекаменной болезни

б) остром гломерулонефрите

в) остром цистите

г) хроническом пиелонефрите

2. Моча цвета "мясных помоев" обусловлена содержанием большого

количества

а) белка

б) бактерий

в) лейкоцитов

г) эритроцитов

3. Наиболее часто встречается форма хронического гломерулонефрита

а) гипертоническая

б) латентная

в) нефротическая

г) смешанная

4. Массивный отек, распространенный на все тело - это

а) анасарка

б) асцит

в) гидроперикард

г) гидроторакс

5. Оцените пробу Зимницкого:

- дневной диурез - 900 мл, ночной диурез - 300 мл,

- колебания относительной плотности мочи 1010-1026

- жидкая часть водно-пищевого рациона составляет 1500 мл

а) нарушение водовыделительной функции

б) нарушение концентрационной функции

в) нарушение водовыделительной и концентрационной функций

г) норма

6. При остром гломерулонефрите развивается

а) глюкозурия

б) дизурия

в) олигурия

г) полиурия

7. Основная причина острого пиелонефрита

а) инфекция

б) нерациональное питание

в) переохлаждение

г) стрессы

8. Лихорадка, боль в поясничной области, лейкоцитурия наблюдаются при

а) мочекаменной болезни

б) остром гломерулонефрите

в) остром пиелонефрите

г) хроническом гломерулонефрите

9. Анализ мочи при остром пиелонефрите

а) гематурия, протеинурия

б) цилиндрурия, глюкозурия

в) лейкоцитурия, бактериурия

г) протеинурия, глюкозурия

10. Бактериурия наблюдается при

а) мочекаменной болезни

б) остром гломерулонефрите

в) остром пиелонефрите

г) хроническом гломерулонефрите

**Вариант 2**

1. Основная причина острого цистита

а) гиповитаминоз

б) инфекция

в) переохлаждение

г) стрессы

2. Клинические симптомы острого цистита

а) отеки, гипертония,

б) боль в поясничной области, лихорадка

в) боль в поясничной области, макрогематурия

г) лихорадка, рези при мочеиспускании

3. Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточника в

паховую область наблюдается при

а) гломерулонефрите

б) пиелонефрите

в) цистите

г) мочекаменной болезни

4. При почечной колике в моче наблюдается

а) макрогематурия

б) лейкоцитурия

в) глюкозурия

г) бактериурия

5. При почечной колике боль иррадиирует

а) под правую лопатку

б) под левую лопатку

в) в правое плечо

г) в паховую область

6. Хроническая почечная недостаточность развивается при хроническом

а) гломерулонефрите

б) гепатите

в) панкреатите

г) цистите

7. Колебание относительной плотности мочи 1010-1012 в пробе Зимницкого -

это

а) гипоизостенурия

б) никтурия

в) полиурия

г) протеинурия

8. При уремической коме в выдыхаемом воздухе отмечается запах

а) аммиака

б) алкоголя

в) ацетона

г) тухлых яиц

9. Азотистые шлаки в организме образуются при распаде

а) белков

б) витаминов

в) жиров

г) углеводов

10. Азотистые шлаки - это

а) альбумины, глобулины

б) билирубин, холестерин

в) креатинин, мочевина

г) глюкоза, липопротеиды

**Эталоны ответов:**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Б |
| 2 | Г |
| 3 | В |
| 4 | А |
| 5 | Г |
| 6 | Б |
| 7 | А |
| 8 | В |
| 9 | В |
| 10 | В |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | В |
| 2 | Г |
| 3 | Г |
| 4 | А |
| 5 | Г |
| 6 | А |
| 7 | А |
| 8 | А |
| 9 | А |
| 10 | А |

**Вопросы для устного опроса**

1. Мочевой синдром у почечных больных, характерные симптомы: полиурия, олигурия, никтурия, анурия, поллакиурия, дизурия и др.

2. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, лабораторно-биохимические особенности.

3. Почечная (ренальная) гипертония. Патогенетический механизм развития (что такое РААС?).

4. Почечная эклампсия. Причины, симптоматика. Основные принципы лечения.

5. Острая и хроническая почечная недостаточность. Причины, патогенез, клиника. Стадийность развития. Методы диагностики.

6. Терминальная почечная недостаточность (уремическая кома). Этиология, клиническая картина.

**Тексты ситуационных задач:**

**Задача 1**

Больной А., 48 лет доставлен в клинику в тяжелом состоянии. Заторможен, сонлив, запах мочевины изо рта, олигурия, беспокоит сильный зуд кожи. Из анамнеза удалось выяснить, что страдает хроническим нефритом в течение последних 10 лет. Периодически 1 – 2 раза в год лечился в стационаре. Последнее ухудшение наступило месяц назад после ангины. При осмотре: кожные покровы бледные, на ощупь сухие, следы расчесов на теле. В области поясницы и конечностей небольшие отеки. Истощен. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжения. Артериальное давление 200/100 мм рт.ст. Анализ крови: эритроцитов – 2,2 . 10 12/л, гемоглобин – 56 г/л, лейкоцитов – 6,0 . 10 9/л, СОЭ – 48 мм/час. Остаточный азот – 56 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1005, белок 1,8 %, эритроциты 1 – 8 в поле зрения, выщелоченные. В пробе Зимницкого – гипоизостенурия. О каком синдроме можно думать?

Ответ: у больного азотемия – нарушение выделения почками азотистых шлаков и накопления их в крови (остаточный азот – 56 ммоль/л). Это состояние появилось как следствие 10 – летнего хронического нефрита, сопровождается интоксикацией нервной системы (заторможенность, сонливость) выделения азота системой дыхания (запах мочевины изо рта), выделением азотистых шлаков потовыми железами (сухость кожи, расчесы, зуд), токсическим действием на красный росток костного мозга (анемия), нарушением функции почек (гипоизостенурия).

**Задача 2**

Больной С., 55 лет поступил в клинику с резко выраженными отеками всего тела. В 1941 году получил осколочное ранение верхней трети правого бедра с повреждением кости, с того время лечится от хронического остеомиелита. Последние 2 года у больного длительно не закрывались свищи. Примерно в это же время начал замечать появление отеков на но-гах, одутловатость лица, бледность кожных покровов, слабость. Лечение мочегонными препаратами не приводило к положительному эффекту, отеки сохранялись. При осмотре: резкая бледность кожных покровов, массивные отеки на нижних конечностях, пояснице, лице. Кожа бледная, блестящая. Артериальное давление 105/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Анализ крови: эритроциты – 2,8 . 10 12/л, гемоглобин – 66 г/л, лейкоциты – 6,4 . 10 9/л, СОЭ – 55 мм/час. Общий белок – 42 г/л, Л/Г=9, холестерин – 6,8 ммоль/л, остаточный азот – 49,2 ммоль/л. Суточный диурез – 500 – 600 мл, удельный вес мочи 1021- 1029, белок 25 %, цилиндры восковидные, гиалиновые и зернистые 2 – 4 в поле зрения, соли холестерина и жирных кислот. О каком синдроме можно думать? Ответ: у больного нефротический синдром вследствие длительного ин-фекционного заболевания (остеомиелит) с 1944г., характеризуется протеинурией (25 % белка в моче), липоизурией, гипопротеинемией (белок – 42 г/л, соли холестерина и жирных кислот, гиперхолестеринемией (6,8 ммоль/л), массивными упорными отеками.

**Задача 3**

Больная К., 45 лет поступила в клинику в крайне тяжелом состоянии, резко заторможена, вялая, засыпает даже в разговорах, кожа сухая, бледно-желтая со следами расчесов и геморрагии, изо рта запах мочевины. При аускультации легких дыхание везикулярное, ослабленное, шум трения плевры на обширных участках слева и справа, тоны сердца глухие, выслушивается ритм “галопа” и шум трения перикарда. Артериальное давление 200/130 мм рт.ст. Пульс 140 ударов в минуту, ритмичный, напряжен, хорошего наполнения. Суточный диурез – 200 мл. Анализ мочи: удельный вес – 1010, единичные выщелоченные эритроциты, единичные гиалиновые цилиндры. Остаточный азот – 67 ммоль/л, мочевина – 12 ммоль/л, креатинин – 0,5 мкмоль/л, отмечается ацидоз, натрий крови – 52 ммоль/л, кальций крови – 0,25 ммоль/л, калий – 8,3 ммоль/л. Через день у больной появилось дыхание Куссмауля, сознание и рефлексы отсутствуют, судорожные подергивания, наступила смерть. О каком синдроме можно думать? Какова причина смерти больной? Ответ: больная погибла от уремической комы, которая является терминальной стадией острой или хронической почечной недостаточности. Почка не выполняет своих функций, азотистые шлаки накапливаются в крови (остаточный азот – 67 мм/л; креатинин – 0,5 мм/л; мочевина – 12 мм/л). Имеются изменения токсического характера со стороны ЦНС (заторможенность, вялость, сонливость), системы дыхания (дыхание Куссмауля, шум трения плевры), системы сердечно-сосудистой (ритм “галопа” и шум трения перикарда). Подтверждает уремию ацидоз и нарушения электролитного обмена (гипонатриемия, гипокальциемия, гиперкалиемия).

**Задача 4**

Больной З., 37 лет поступил в клинику с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание “мушек” перед глазами, на шум в ушах, ухудшение зрения и периодические колющие боли в сердце. Болен около 10 лет. Из анамнеза удалось выяснить, что в возрасте 25 лет перенес какое-то заболевание почек, была моча с кровью, боли в пояснице, частые позывы на мочеиспускание, лечился амбулаторно. Объективно: границы сердца перкуторно расширены влево, артериальное давление 240/130 мм рт.ст., при аускультации I тон на верхушке ослаблен, отмечается акцент II тона на аорте, пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, достаточного наполнения, напряжен. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 4600, СОЭ – 10. Анализ мочи: удельный вес 1015 – 1020, единичные выщелоченные эритроциты, единичные гиалиновые цилиндры. О каком синдроме можно думать?

Ответ: у больного почечная гипертония, т.е. поражение сердечно-сосудистой системы при заболевании почек (В анамнезе указание на поражение почек, изменения в анализе мочи). Гипертонический синдром ставится на основе характерных жалоб и объективно высокого как диастолического, так и систолического давления (240/130 мм рт.ст.), расширения границ сердца влево и акцента II тона на аорте.

**Задача 5**

Больной С., 42 лет обратился к окулисту с жалобами на ухудшение зрения, мелькание “мушек” перед глазами. На глазном дне спазм артериол, сужены и извиты более крупные артерии, вены представляются сдавленными пересекающими их артериями, более выражено их ампуловидное расширение перед местом перекреста (симптом Гунна-Салюса II). При измерении артериального давления были получены цифры 200/100 мм рт.ст. В анамнезе 5 лет назад острый нефрит, затем отмечал периодические рези при мочеиспускании, головную боль, ноющие боли в пояснице, но работал и за медицинской помощью не обращался. О каком синдроме можно думать? На основании чего он развивался?

Ответ: у больного с почечной патологией (в анамнезе острый нефрит, затем нарушение мочеиспускания, боли в пояснице, головные боли, сопровождавшиеся высокими цифрами артериального давления). Отмечаются изменения на глазном дне, сопровождающиеся жалобами на нарушение зрения (почечный нейроретинит), нарушением проницаемости сетчатки, нарушением проницаемости капилляров, дистрофическими изменениями в дальнейшем.

**Задача 6**

Беременная И., 29 лет поступила в акушерскую клинику с диагнозом: беременность 36 недель, токсикоз второй половины беременности. Жалобы на сильную головную боль, головокружение, кратковременную потерю зрения, повышенную возбудимость. При осмотре отмечаются отеки стоп, лодыжек и нижней трети голеней, отеки на лице. Артериальное давление 190/120 мм рт.ст. Пульс 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, не напряжен. В анализе мочи: удельный вес 1023, белок – 3,7 %, сахара нет, лейкоциты единичные в поле зрения. В анализе крови без особенностей. На второй день в клинике больная потеряла сознание, судороги, пена изо рта, артериальное давление 210/130 мм рт.ст. Приступ купировался введением внутривенно сернокислой магнезии (10 мл 25 % раствора) и 80 мг фуросемида. Что за приступ был у больной? Ответ: у больной с поздним токсикозом и нефропатией возник приступ эклампсии - внезапные судороги с потерей сознания. Этот синдром объясняется не только значительным повышением артериального давления, но и частично отеком мозга и повышением внутричерепного давления.

**Задача 7**

Больной К., 42 лет поступил с жалобами на сухость во рту, жажду, выпивает до 3 – 4 литров воды в сутки (увеличение диуреза, тяжесть в поясничной области, общую слабость, снижение работоспособности, головные боли, тошноту, ухудшение зрения). Из анамнеза выяснено, что в юности были частые ангины, в возрасте 25 лет после сильного переохлаждения и тяжелой ангины появились отеки на лице, головная боль, слабость, изменения цвета мочи (цвет “мясных помоев”). От предложенной в то время госпитализации отказался. Систематически не лечился. Отмечал периодические отеки на лице, изменение цвета мочи до буро-коричневого. При поступлении больной бледен, отеков нет, артериальное давление 210/100 мм рт.ст. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Анализ крови: гемоглобин – 36 г/л, эритроцитов – 1,82 . 10 12 / л, СОЭ – 18 мм/час, лейкоцитов – 8,2 . 10 9 / л, остаточный азот крови – 66 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1006, белок – 0,8 %0, эритроцитов – 2 – 4 в поле зрения, выщелоченные. В пробе Зимницкого – гипоизостенурия, суточный диурез – 2 литра 500 мл, дневной диурез – 1 литр, ночной диурез – 1 литр 500 мл. Какие почечные синдромы можно выделить у больного?

Ответ: нефритический синдром (мочевой синдром, гипертонический синдром), хроническая почечная недостаточность, анемия.

**Задача 8**

Больной С., 54 лет с целью самоубийства выпил пол стакана (100,0) уксусной эссенции. Поступил в клинику в состоянии апатии, спутанности сознания. На слизистой губ и кожи подбородка ожоги, глотание резко затруднено, слизистая ротовой полости резко отечна, гиперемирована, некротические язвы. Сердце – тоны приглушены, тахикардия, экстрасистолы частые, единичные и группами. Пульс 120 ударов в минуту, неритмичный, слабого наполнения, артериальное давление 90/50 мм рт.ст. За сутки больной выделил 150 мл мочи, удельный вес ее 1010. Цвет темно-бурый, мутная, белок 2,5 %, при микроскопии масса эритроцитов, глыбки пропитанных гемином цилиндров. В анализе крови: гемоглобин – 100 г/л, эритроцитов – 3,2 . 10 12 / л, лейкоцитов – 15 . 10 9 /л, СОЭ – 48 мм/час. В крови отмечается ацидоз, остаточный азот – 58 ммоль/л, мочевина – 24,2 ммоль/л, креатинин – 0,35 ммоль/л.

О каком синдроме можно думать?

Ответ: у больного острая почечная недостаточность, вызванная приемом нфротоксического яда – уксусной кислоты, стадия олигоанурии (150 мл суточной мочи). Изменения в моче (протеинурия, гематурия), анемия, азотемия, ацидоз, токсические изменения в ЦНС (спутанность сознания), сердечно-сосудистой системе (экстрасистолия, тахикардия, гипотонния) подтверждают синдром острой почечной недостаточности.

**Задача 9**

Больной К., 48 лет доставлен в приемное отделение стационара скорой медицинской помощи с жалобами на резкие боли в правой половине поясницы, отдающие в правую паховую область, промежность и правое бедро, а также ложные позывы на мочеиспускание, сухость во рту, тош-ноту. Заболел остро после физической нагрузки. Объективно: беспокоен, мечется от болей, температура 37,6 С. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, не напряжен. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Симптом Пастернацкого положителен справа. В анализе мочи: удельный вес 1017, единичные свежие эритроциты, соли оксалаты. Через 10 минут после инъекции морфия и атропина боли уменьшились, а через 30 минут совсем прекратились. О каком синдроме можно подумать?

Ответ: у больного болевой синдром – почечная колика, связанная с продвижением камня по мочевыводящим путям (в анализе мочи свежие эритроциты, соли оксалаты). Подтверждает колику беспокойное поведение больного. Характерная иррадиация болей, положительный симптом Пастернацкого и эффект от антиспастической и обезболивающей терапии.

*3. Анализ мочи, проба Зимницкого, проба на концентрацию, проба на разведение*

**ОАМ №1**

Всем больным при общем клиническом обследовании обязательно проводится исследование мочи. Приводим наиболее распространенный вариант анализа мочи. Оцените его. Сопоставьте ваши данные с обсуждением.

**Исследование больного А, поступившего в клинику с болями в поясничной области**

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 70,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | кислая |
| Удельный вес | 1020 |
| Прозрачность | полная |
| Белок | отсутствует |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Эпителиальные клетки | 1 – 2 плоские в поле зрения |

Ответ: норма

**ОАМ №2**

Больные Б и В обратились к врачу в связи с тем, что заметили необычную кровянистую окраску мочи.

**Результаты исследование мочи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мочи | Больной Б | Больной В |
| Доставленное количество | 180,0 мл | 60,0 мл |
| Цвет | кровянистый | мясных помоев |
| Реакция | кислая | Кислая |
| Удельный вес | 1017 | 1024 |
| Прозрачность | мутная | слабо мутная |
| Белок | 0,33 %о | 1,84 %о |
| **Микроскопия осадка**  Эпителиальные клетки | плоские 10 – 11 в поле зрения | почечные, 1 – 2 в поле зрения |
| Лейкоциты | нет | 2 – 3 в поле зрения |
| Эритроциты | свежие 15 – 20 в поле зрения | выщелочные 30 – 60 в поле зрения |
| Гиалиновые цилиндры | нет | 1 – 2 в поле зрения |
| Соли | оксалаты в большом количестве | нет |

О каких заболеваниях можно думать по этим анализам? Какие признаки свидетельствуют об этом?

Ответ: У больных Б и В прежде всего следует отметить кровянистую окраску мочи. Моча кислая, мутная, с нормальным удельным весом. Имеется в моче и белок, но в первом случае (больной Б) его очень мало, а во втором (больной В) он достигает 1,84 %о. Отличия имеются в характере эпителия. В первом случае он плоский, то есть попадает в мочу из мочеиспускательного канала и с наружных половых органов. Во втором случае – почечный, свидетельствующий о поражении почек. В моче обнаружены эритроциты, которые в случае Б свежие (внепочечные), из мочевыводящих путей. В случае В – выщелочные, то есть прошедшие через стенку капилляров почечных клубочков.Обнаружение в моче солей (оксалатов) в большом количестве указывает на возможность присутствия камней. Гиалиновые цилиндры, выявленные у больного В, являются белковыми образованиями канальцевого происхождения и встречаются при заболеваниях почек.Таким образом, у больного Б имеется поражение мочевыводящих путей, связанное с мочекаменной болезнью. У больного В – следует думать о поражении почечной паренхимы. Наличие большого количества белка, измененных эритроцитов, при нормальном удельном весе – характерно для острого гломерулонефрита без нарушения функциональной способности почек.

**ОАМ №3**

В поликлинику обратился больной Г, который много лет страдает бронхоэктатической болезнью с частыми обострениями, выделением большого количества гнойной мокроты.

**Результаты исследование мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 120,0 |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | кислая |
| Удельный вес | 1028 |
| Прозрачность | прозрачна |
| Белок | 16,30 %о |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Цилиндры | - восковидные, 0 – 1 – 2 в поле зрения  - гиалиновые, 4 – 5 – 6 в поле зрения  - зернистые, 2 – 3 в поле зрения |
| Клетки почечного эпителия | 2 – 3 – 4 в поле зрения |

Чем обусловлены изменения в моче? Каков характер поражения почек в данном случае?

Ответ: Обращает внимание наличие большого количества белка и цилиндров в моче. Известно, что цилиндры представляют собой белковые и клеточные образования канальцевого происхождения. Встречаются они при дистрофических процессах в канальцах. Зернистые цилиндры образуются из распавшихся клеток почечного эпителия. Восковидные цилиндры характерны для хронических заболеваний почек.

Причиной таких дистрофических изменений является хронический нагноительный процесс, в частности, в легких. Развивается амилоидоз паренхиматозных органов и, в том числе, почек (амилоид-белково-углеводный комплекс, откладывающийся в межклеточном веществе паренхимы органа).

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Уремическая кома
2. Нефритический синдром
3. Почечная эклампсия

**Тема 18** *Симптоматология острого и хронического гломерулонефрита, пиелонефрита, мочекаменной болезни.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* отработка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Симптоматология острого гломерулонефрита

2. ОАМ при пиелонефрите

Вариант 2

1. Симптоматология острого пиелонефрита

2. ОАМ при нефротическом синдроме

**Вопросы для устного опроса:**

1. Острый и хронический гломерулонефрит. Этиопатогенез. Классификация.

2. Клиническая симптоматика гломерулонефритов. Методы диагностики.

3. Пиелонефрит. Этиопатогенез. Клиника. Методы диагностики.

4. Мочекаменная болезнь. Этиопатогенез. Клиническая симптоматика. Методы диагностики.

**Интерпретация лабораторных данных:** общий анализ мочи, проба Зимницкого, проба на концентрацию, проба на разведение

**ОАМ №1**

После родов у больной Д длительное время сохраняются тянущие боли в пояснице. В связи с этим был произведен анализ мочи.

**Результаты исследование мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 40,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | щелочная |
| Удельный вес | 1008 |
| Прозрачность | Мутная |
| Белок | 0,33%о |
| Осадок | незначительный, рыхлый |
| Эпителиальные клетки | плоские, 1 – 2 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Эритроциты | выщелочные, 2 – 5 в поле зрения |
| Цилиндры | гиалиновые, 0 – 1 – 2 в поле зрения |

О каком заболевании можно думать в данном случае?

Ответ: В моче обнаружен ряд патологических признаков: изменена реакция мочи на щелочную, отмечено помутнение ее, снижен удельный вес, обнаружен белок в количестве 0,33 %о. При микроскопическом исследовании найдены выщелочные эритроциты, одиночные гиалиновые цилиндры, которые представляют собой белковые образования канальцевого происхождения.Низкий удельный вес мочи свидетельствует о снижении концентрационной функции почек. Белок и выщелочные эритроциты появляются при повышенной проницаемости сосудов клубочков почек. Сочетание таких изменений характерно для хронического поражения почек, с вовлечением в процесс клубочков (хронический гломерулонефрит).

**ОАМ №2**

После переохлаждения у больной Е появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу.

**Результаты исследование мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 40,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | щелочная |
| Удельный вес | 1028 |
| Прозрачность | мутная |
| Белок | 1,5 %о |
| Осадок | гнойный, тягучий |
| Эпителиальные клетки | мочевого пузыря с жировой дистрофией,  10 в поле зрения |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения |
| Эритроциты | свежие, 15 – 20 в поле зрения |
| Соли | аморфные фосфаты, трипельфосфаты |
| Бактерии | в значительном количестве |

Какое заболевание можно предположить в данном случае?

Ответ: У больного явно патологическая моча. Она мутная, со щелочной реакцией, хотя удельный вес мочи не снижен. При микроскопии осадка клетки мочевого пузыря, масса лейкоцитов, бактерий, что указывает на воспалительный процесс в мочевом пузыре. Кроме того, найдены свежие эритроциты, соли, что свидетельствует о наличии камней и возможной травматизации слизистой. Белок в данном случае имеет внепочечное происхождение (за счет форменных элементов – гноя). Таким образом, имеющиеся нагноительные изменения в моче у больной Е, дают основания поставить диагноз мочекаменной болезни с явлениями цистита.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина. Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/120 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительные синдромы.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 2**

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе ‑ частые циститы. Объективно: температура 380С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом поколачивания положительный справа.

1. Какое патологическое состояние можно предположить?

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 3**

Фельдшер срочно вызван на дом к больному К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали “скорую помощь”, после инъекции боли прошли, но после этого приступа была красная моча. Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом поколачивания резко положительный справа.

1. Какое патологическое состояние можно предположить?

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 4**

Больной С., 22 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, одышку, головные боли, отечности лица, поясницы, нижних конечностей, уменьшение отделения мочи, изменение цвета мочи (цвет “мясных помоев”). Больным считает себя 2 – 3 дня. Две недели назад после сильного переохлаждения перенес ангину. При осмотре отмечаются отеки на лице, туловище, нижних конечностях. Кожные покровы бледны. Пульс 61 удар в минуту, ритмичный, напряжен. Артериальное давление 185/100 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Лабораторные исследования. Анализ крови: эритроцитов – 3,9. 10 12/л, гемоглобин 76 г/л; лейкоцитов – 10,2 . 10 9/л, СОЭ – 26 мм/час. Остаточный азот – 5,61 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1026, реакция кислая, белок – 2,8 %0, эритроциты свежие и выщелоченные 8 – 10 в поле зрения. Какие синдромы можно выделить в этом заболевании почек у больного?

**Задача 5**

Во время диспансеризации на заводе у больного К., 35 лет не было ни каких жалоб, больным себя не считал. Объективно: кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Сердце – границы относительной тупости в пределах нормы, тоны приглушены, чистые. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, не напряжен. Артериальное давление 130/90 мм рт.ст. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В анализе мочи: удельный вес колеблется от 1015 – 1018, единичные выщелоченные эритроциты, белок 0,91 %0 , единичные гиалиновые цилиндры. Анализ крови: эритроциты 4,2 . 10 12 /л, гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 5,6 . 10 9/л, СОЭ – 17 мм/час. О каком синдроме можно думать?

Эталоны ответов:

Задача 1

1. Нефротический, почечной гипертонии, мочевой, почечной недостаточности.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице;
* связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);

2) объективные данные :

* субфебрильная температура;
* при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях;
* при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом поколачивания с обеих сторон;
* при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.

3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (эклампсия), переход в хроническую форму.

**Задача 2**

1. Острый пиелонефрит.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления;
* связь заболевания с переохлаждением;
* частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;

2) объективные данные :

* при осмотре: гипертермия;
* при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом поколачивания справа.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

**Задача 3**

1.Мочекаменная болезнь, приступ почечной колики.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* приступ резкой боли в пояснице справа и в правой половине живота, иррадирующей в паховую область и правое бедро, частое мочеиспускание;
* наличие подобного приступа в анамнезе, макрогематурия после купирования приступа;

2) объективные данные :

* при осмотре: беспокойство больного, поиск удобного положения для уменьшения боли;
* при пальпации: болезненность живота в правой половине, резко положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: при присоединении воспаления отмечается лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: кристаллы солей, ультразвуковое и рентгенологическое исследование почек.

3. Гидронефроз, пиелонефрит, почечная недостаточность.

**Задача 4**

У больного имеется 1) мочевой синдром: олигурия, цвет “мясных помоев, гематурия, пртеинурия; 2) гипертонический синдром – жалобы на головную боль, при аускультации акцент II тона на аорте, повышены цифры систолического и диастолического давления (180/100); отечный синдром – одышка, “бледные отеки на лице”, пояснице, нижних конечностях, олигурия, пртеинурия, анемия. Эти синдромы включены в такое заболевание как острый диффузный гломерулонефрит.

**Задача 5**

У больного имеется мочевой синдром, выражающийся снижением относительной плотности мочи, (гематурией и протеинурией). Бессимптомное течение заболевания долгие годы выражающиеся лишь в мочевом синдроме характерно для латентного хронического гломерулонефрита.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Хронический гломерулонефрит
2. Мочекаменная болезнь
3. Тубуло-интерстициальные заболевания

**Тема 19** *Симптоматология и методы диагностики основных синдромов при анемии.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* проверка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Классификация анемии по этиологическому принципу

2. ОАК при В12 дефицитной анемии

Вариант 2

1. Основные клинические синдромы при В12 дефицитной анемии

2. ОАК при железодефицитной анемии

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология, патогенез, симптоматика и классификация анемий (железодефицитная, В12 – дефицитная, гипо- и апластические анемии).

2. Лабораторная диагностика анемий.

3. Острая постгеморрагическая анемия. Геморрагический шок.

4. Принципы лечения анемий.

**Текстовые задания:**

Вариант 1

1# Cпецифические изменения костного мозга обнаруживаются при:

В12-дефицитной анемии

лейкозе

миеломной болезни

апластических анемиях

+всех вышеперечисленных

2# Какой симптом обусловлен воздействием продуктов распада эритроцитов и лейкоцитов:

кожный зуд;

+лихорадка;

астения;

повышенная кровоточивость.

3#Для какого заболевания характерен полнокровный вишнево-красный цвет кожи лица, шеи

и кистей рук?

лимфогранулематоз

+эритремия

гемолитическая анемия

4# Длительно не останавливающееся кровотечение характерно для:

лейкозов

анемии

+гемофилии

5#Процентное содержание форменных элементов крови (гематокрит) составляет в норме:

20-25%

30-35%

+40-45%

50-60%

6# Витамин В12 и фолиевая кислота необходимы:

для транспорта железа

обмена аминокислот

+для синтеза ДНК клетки

7#Для какого вида анемии характерна восковидная бледность кожи с легким зеленоватым

оттенком?

острая постгеморрагическая анемия

+ранний и поздний хлороз

гемолитическая анемия

В12-(фолиево)-дефицитная анемия

апластическая анемия

8# При каком виде анемии кожа лимонно-желтого цвета, сочетающаяся с иктеричностью

(или субиктеричностью) склер?

острая постгеморрагическая анемия

ранний и поздний хлороз

+гемолитическая анемия

В12-(фолиево)-дефицитная анемия:

апластическая анемия

9#Повышение содержания Hb по сравнению с верхней границей нормы имеет место во всех

случаях, кроме:

истинной полицитемии

у жителей высокогорья

у летчиков после высотных полетов

+лейкоза

10# Укажите нормальное содержание эритроцитов в периферической крови у здоровых

женщин:

*4,0-5,0х1012 /л*

*+3,9-4,7 х1012 /л*

*3,0-4,0 х1012 /л*

*5,0-6,0 х1012 /л*

11#Увеличение гематокритного числа характерно для:

лейкоза

анемии

+компенсаторных эритроцитозов

Вариант 2

1# Для диагностики конкретного вида анемии не имеет существенного значения:

анализ миелограммы;

общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов;

цитохимическое исследование крови и пунктатов костного мозга;

определение осмотической резистентности эритроцитов, пробы Кумбса, содержания

билирубина крови, гематокрита;

+определение времени кровотечения.

2#Доказательным признаком анемизации является:

землисто-серый оттенок кожи

желтушный оттенок кожи

+бледность слизистых

3#При каком заболевании крови имеет место хантеровский глоссит?

Гемолитическая анемия

+В12-дефицитной анемии

лимфогрануломатоз

4#Увеличение гематокритного числа характерно для:

лейкоза

анемии

+компенсаторных эритроцитозов

5# Причиной болей при заболеваниях крови типа колики в правом подреберье является:

гепатомегалия

дискинезия желчевыводящих путей

+пигментные камни в желчном пузыре

6# Витамин В12 и фолиевая кислота необходимы:

для транспорта железа

обмена аминокислот

+для синтеза ДНК клетки

7# Для какого вида анемии характерны резкая бледность, особенно ушей, сочетающаяся с

геморрагиями на коже?

острая постгеморрагическая анемия

ранний и поздний хлороз

гемолитическая анемия

В12-(фолиево)-дефицитная анемия

+апластическая анемия

8#Как называется синдром, проявляющийся снижением содержания Hb в единице объема

крови?

полицитемия

эритроцитоз

+анемия

9#Укажите нормальное содержание эритроцитов в периферической крови у здоровых

мужчин:

*+4,0-5,0х1012 /л*

*3,9-4,7 х1012 /л*

*3,0-4,0 х1012 /л*

*5,0-6,0 х1012 /л*

10#Нормальное содержание Hb у мужчин составляет:

120-140 г/л

+130-160г/л

150-170 г/л

11# Витамин В12 и фолиевая кислота необходимы:

для транспорта железа

обмена аминокислот

+для синтеза ДНК клетки

**Интерпретация результатов лабораторного исследования:** общий анализ крови

**Тексты ситуационных задач:**

**ОАК № 1**

В терапевтическом отделении одновременно находились на лечении больные А и Б, у которых в анамнезе – хронический гастрит с секреторной недостаточностью. К обычным желудочным жалобам присоединились резкая слабость, утомляемость, бледность кожных покровов.

При исследовании крови получены следующие данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Больной А | Больной Б | |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  Ретикулоциты  Тромбоциты  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Нормобласты  Гематокрит | 2150000 – 2,15 . 1012/л  80 г/л  0,7  3 %  220 т – 220 . 10 9/ л  7 мм/час  8000 – 8 . 109/л  2  5  66  26  1  3 – 4 на 100  33 % | | 1 млн. – 1 . 1012/л  37 г/л  1,1  13 %  35 мм/час  8000 – 8 . 109/л  2  1  47  42  8  мегалобласты, мегалоциты,  пойкилоцитоз, анизоцитоз  31 % |

С чем связаны присоединившиеся симптомы? О каком осложнении можно думать, имея такие анализы крови?

*Ответ:* В обоих случаях отмечено снижение эритроцитов и гемоглобина, т.е. имеется анемия. Однако имеется целый ряд различий. Так в случае А снижен и цветовой показатель, т.е. анемия носит гипохромный характер. В случае Б цветовой показатель увеличен, т.е. анемия гиперхромная. Увеличенное содержание ретикулоцитов в обоих анализах свидетельствует о хорошей регенераторной функции костного мозга. Существенным различием является морфологическая особенность клеток крови. В первом случае помимо нормальных клеток крови выявлены нормобласты, что указывает на нормобластический тип кроветворения. Во втором случае найдены мегалобласты и мегалоциты, что встречается при мегалобластическом типе кроветворения. При анемиях нередко меняется величина эритроцитов, что носит название анизоцитоза. Нередко наряду с анизоцитозом отмечается изменение их формы – пойкилоцитоз. Анизоцитоз и пойкилоцитоз чаще всего встречаются при мегалобластической анемии, обусловленной дефицитом витамина В12. Известно, что при отсутствии соляной кислоты и пепсина в желудочном соке плохо усваиваются соли железа, витамин В12 и другие. При этом возможно развитие гипохромной (железодефицитной) анемии и гиперхромной (В12 – дефицитной) анемии.

**ОАК № 2**

В отделение поступила больная с жалобами на тяжесть в голове, головные боли, шум в ушах. При осмотре отмечается “полнокровный” цвет кожи, особенно на лице и кистях рук. Артериальное давление повышено до 170/100 мм рт. ст. Пальпаторно увеличена печень и селезенка.

Анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Тромбоциты  Лейкоциты  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 7 млн. – 7 . 1012 /л  190 г/л  0,91  2 мм/час  1 млн. – 1000000 . 109/л  10000 – 10 . 109/л  2  1  66  24  7  58 % |

Свертываемость крови и время кровотечения не изменены. О каком заболевании можно думать, имея такие данные?

Ответ: В крови отмечается увеличение содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Лейкоцитарная формула не изменена. Цветовой показатель меньше единицы. За счет увеличения содержания клеток крови и соответственно вязкости крови СОЭ замедлена. Такое сочетание изменений характерно для эритремии (болезни Вакеза).

**ОАК** **№ 3**

В больницу поступил больной с неясным диагнозом. Отмечал слабость, отсутствие работоспособности, высокую температуру. Больному назначено обследование с целью уточнения диагноза. При исследовании крови получены следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Базофилы  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 4000000 – 4 .  130 г/л  0,87  25 мм/час  15000 – 15 . 109/л  1  1  16  57  20  5  44 % |

На что указывает данный анализ?

Ответ: Со стороны красной крови патологии нет. Имеется увеличение количества лейкоцитов до 15000 со сдвигом формулы влево (увеличение числа палочкоядерных клеток), увеличение СОЭ. На основании таких данных можно заподозрить воспалительный процесс в организме, локализацию которого необходимо устанавливать дополнительными методами.

**ОАК № 4**

В отделение поступил больной с неясными приступами удушья, возникающими, в основном, в летнее время. После приступа выделяется густая слизистая мокрота. В порядке обследования на анализ направлена кровь и мокрота больного. В крови обнаружены следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 4780000 – 4,78 . 1012/л  144 г/л  0,9  8 мм/час  5800 – 5,8 . 109/л  12  4  60  20  4  48 % |

О чем можно думать по такому анализу крови? Какие данные вы ожидаете получить при анализе мокроты?

Ответ: В данном случае со стороны красной крови отклонений от нормы нет. СОЭ в пределах нормы. Изменена только лейкоформула за счет увеличения эозинофилов. Как известно, количество эозинофилов возрастает при аллергических процессах, глистной инвазии. Сочетание клинической картины с таким анализом позволяет предположить бронхиальную астму, в основе которой лежит какой-то аллерген (атопическая астма). Подтверждением этого будет обнаружение в мокроте эозинофилов, кристалов Шарко-Лейдена, спиралей Куршмана.

***Задача 5***

Для какой анемии характерен анализ крови: эритроциты – 1,6х1012 /л, Hb – 60 г/л, ЦП – 1.4,

лейкоциты – 3,56х109 /л, эозинофилы – 0,п/я-10%, с/я – 46%, лимфоциты – 38%, моноциты – 6%, нормобласты, мегалобласты, ретикулоциты – 0,1-0%, эритроциты с тельцами Жолли и кольцами Кебота, базофильной пунктуацией?

+В12-дефицитная

гипохромная

гемолитическая

апластическая

***Задача 6***

Какому виду анемии соответствует гемограмма: эритроциты – 2,6х1012 /л, Hb – 60 г/л, ЦП – 0,7,лейкоциты – 6,5х109 /л, лейкоцитарная формула без сдвигов, выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз?

В12-дефицитная

+гипохромная

гемолитическая

апластическая

***Задача 7***

При каком виде анемии в пунктате костного мозга обнаруживается гиперплазия эритроидного ростка, признаки мегалобластического кроветворения (мегалобласты, мегакариоциты?)

+В12-дефицитная

гипохромная

гемолитическая

апластическая

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Гипо-, апластические анемии
2. Гемолитические анемии
3. Миелодиспластический синдром
4. Диагностика анемии, диагностическое значение стернальной пункции

**Тема 20** *Симптоматология и методы диагностики основных синдромов при гемобластозах (лейкозы). Геморрагический синдром.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* тестирование;
* устный опрос;
* решение проблемно-ситуационных задач;
* проверка практических навыков;
* реферат.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

**Вариант 1**

1. При массивном легочном кровотечении развивается анемия

а) апластическая

б) В12-дефицитная

в) гемолитическая

г) постгеморрагическая (острая)

2. При длительном кровохарканье развивается анемия

а) В12-дефицитная

б) гемолитическая

в) гипопластическая

г) постгеморрагическая (хроническая)

3. Симптомы острой постгеморрагической анемии

а) жажда, снижение АД

б) возбуждение, повышение АД

в) судороги, повышение АД

г) рвота, брадикардия

4. Острая постгеморрагическая анемия по цветовому показателю

а) гиперхромная

б) гипохромная

в) нормохромная

5. Продолжительные обильные менструации ведут к развитию анемии

а) апластической

б) В12-дефицитной

в) гемолитической

г) железодефицитной

6. Слабость, обмороки, извращение вкуса и обоняния наблюдаются при

анемии

а) В12-дефицитной

б) гипопластической

в) гемолитической

г) железодефицитной

7. Железодефицитная анемия по цветовому показателю

а) гиперхромная

б) гипохромная

в) нормохромная

8. Анемия Аддисона-Бирмера развивается при дефиците витамина

а) В1

б) В2

в) В6

г) В12

9. В12-дефицитная анемия развивается при

а) атрофическом гастрите

б) желудочном кровотечении

в) легочном кровотечении

г) дефиците факторов свертывания

10. Клиника В12-дефицитной анемии

а) извращение вкуса и обоняния

б) рвота "кофейной гущей" и дегтеобразный стул

в) отрыжка горьким, боль в правом подреберье

г) жжение в языке, парестезии

11. Причина гемофилии

а) бактериальная инфекция

б) действие ионизирующей радиации

в) переохлаждение

г) хромосомное нарушение

12. Дефицит VIII фактора свертывания крови наблюдается при

а) болезни Верльгофа

б) болезни Шенлейна-Геноха

в) гемофилии А

г) гиповитаминозе С

13. При гемофилии А отмечается дефицит фактора свертывания крови

а) VIII

б) IX

в) X

г) XI

14. Клинические симптомы, характерные для гемофилии

а) слабость, недомогание

б) одышка, тахикардия

в) кровоточивость, гемартрозы

г) тошнота, рвота

15. При диагностике геморрагических диатезов важное значение имеет

изучение

а) лейкограммы

б) протеинограммы

в) коагулограммы

г) рентгенограммы

**Вариант 2**

1. В12-дефицитная анемия по цветовому показателю

а) гиперхромная

б) гипохромная

в) нормохромная

2. Красный "лакированный" язык наблюдается при анемии

а) В12-дефицитной

б) железодефицитной

в) гемолитической

г) гипопластической

3. Снижение гемоглобина и цветового показателя, анизоцитоз, пойкилоцитоз

наблюдаются при анемии

а) В12-дефицитной

б) железодефицитной

в) гемолитической

г) острой постгеморрагической

4. Повышение цветового показателя, макроцитоз, тельца Жолли, кольца

Кебота наблюдаются при анемии

а) В12-дефицитной

б) гемолитической

в) гипопластической

г) железодефицитной

5. Желтуха, гепатоспленомегалия, темный цвет мочи наблюдаются при анемии

а) апластической

б) гемолитической

в) железодефицитной

г) острой постгеморрагической

6. Спленэктомию проводят при анемии

а) В12-дефицитной

б) гемолитической

в) железодефицитной

г) острой постгеморрагической

7. Причина апластической анемии

а) гемолиз эритроцитов

б) дефицит железа в питании

в) дефицит витамина В12

г) действие ионизирующей радиации

8. Панцитопения, увеличение СОЭ наблюдаются при анемии

а) апластической

б) В12-дефицитной

в) железодефицитной

г) гемолитической

9. Основная причина острого лейкоза

а) бактериальная инфекция

б) гиподинамия

в) стрессы

г) хромосомные нарушения

10. Стернальная пункция проводится при диагностике

а) инфаркта миокарда

б) лейкоза

в) пневмонии

г) цирроза печени

11. При лейкозе наблюдаются синдромы

а) болевой, дизурический

б) гипертонический, нефротический

в) гиперпластический, геморрагический

г) болевой, диспептический

12. Гиперлейкоцитоз до 200х109/л наблюдается при

а) лейкозе

б) пиелонефрите

в) пневмонии

г) ревматизме

13. Лейкемический "провал" в анализе крови наблюдается при

а) гемофилии

б) остром лейкозе

в) хроническом лимфолейкозе

г) хроническом миелолейкозе

14. При хроническом лимфолейкозе происходит увеличение

а) печени, селезенки, сердца

б) печени, селезенки, лимфатических узлов

в) селезенки, сердца, почек

г) селезенки, сердца, щитовидной железы

15. Филадельфийская хромосома в клетках костного мозга определяется при

а) гемофилии

б) остром лейкозе

в) хроническом лимфолейкозе

г) хроническом миелолейкозе

**Эталоны ответов:**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Г |
| 2 | Г |
| 3 | А |
| 4 | В |
| 5 | Г |
| 6 | Г |
| 7 | Б |
| 8 | Г |
| 9 | А |
| 10 | Г |
| 11 | Г |
| 12 | В |
| 13 | А |
| 14 | В |
| 15 | В |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | А |
| 2 | А |
| 3 | Б |
| 4 | А |
| 5 | Б |
| 6 | Б |
| 7 | Г |
| 8 | А |
| 9 | Г |
| 10 | Б |
| 11 | В |
| 12 | А |
| 13 | Б |
| 14 | Б |
| 15 | Б |

**Вопросы для устного опроса**

1. Этиология, патогенез, симптоматика и классификация острых, хронических гемобластозов (лейкозов).

2. Лабораторная диагностика лейкозов, дифференциальная лабораторная диагностика острых и хронических лейкозов, лейкемоидной реакции.

3. Миелобластный синдром – клинические варианты.

4. Геморрагический синдром. Этиология, патогенез, клинические симптомы. Тромбоцитопеническая пурпура.

**Тестовые задания:**

*1#*Повышение числа лейкоцитов при инфекционных заболеваниях чаще всего связано с увеличением:

эозинофилов

лимфоцитов

+нейтрофилов

Моноцитов

2#О каком заболевании можно думать при выявлении гиперлейкоцитоза (50-200х109)?

пневмония

карбункул

+лейкоз

острый холецистит

3#Моноцитоз может выявляться при:

туберкулезе

сифилисе

малярии

протозойных и вирусных заболеваниях

+при всем вышеперечисленном

4#Нейтрофильный лейкоцитоз с резким сдвигом влево может иметь месть при всех заболеваниях, кроме:

+глистной инвазии

острого гангренозного холецистита

тяжелого лекарственного дерматита

перитонита

5#О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра?

геморрагический васкулит

болезнь Верльгофа

+гемофилия

болезнь Рандю-Ослера

6#Для какого заболевания характерны носовые, десневые, маточные кровотечения, синяковость, тромбоцитопения?

гемолитическая анемия

+тромбоцитопеническая пурпура

гемофилия

болезнь Шенлейна-Геноха

7#Укажите наиболее достоверный диагностический признак острого лейкоза:

наличие геморрагического, анемического, лихорадочного синдромов

обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта

+выявление в миелограмме 30 и более бластных клеток

жалобы на утомляемость, слабость, лихорадку, кровоточивость десен

8#Укажите гематологические признаки хронического лимфолейкоза:

лейкоцитоз (40х10590/л) со сдвигом формулы влево до миелоцитов

умеренный лейкоцитоз, анемия с высоким ретикулоцитозом

+лейкоцитоз (60х10590/л), абсолютный лимфоцитоз, обнаружение теней Гумпрехта

анемия, тромбоцитопения, лейкопения

9#Как следует трактовать изменения в гемограмме при выявлении у больного сепсисом лейкоцитоза 40х10590/л со сдвигом влево до миелоцитов, токсической зернистости нейтрофилов?

острый лейкоз

+лейкемоидная реакция нейтрофильного типа

лейкоцитоз со сдвигом влево

хронический миелолейкоз

10#Васкулярно-пурпурный тип кровоточивости характерен для:

болезни Рандю-Ослера

+болезни Шенлейн-Геноха

гемофилии А

гемофилии В

гемофилии С

11#О патологии какого звена гемостаза свидетельствует удлинение времени кровотечения при нормальных показателях протромбинового и частично активированного тромбопластинового времени?

коагуляционного

+тромбоцитарного

сосудистого

Вариант 2

1#О патологии какого звена гемостаза свидетельствует удлинение времени кровотечения при нормальных показателях протромбинового и частично активированного тромбопластинового времени?

коагуляционного

+тромбоцитарного

сосудистого

2#Васкулярно-пурпурный тип кровоточивости характерен для:

болезни Рандю-Ослера

+болезни Шенлейн-Геноха

гемофилии А

гемофилии В

гемофилии С

3#Как следует трактовать изменения в гемограмме при выявлении у больного сепсисом лейкоцитоза 40х10590/л со сдвигом влево до миелоцитов, токсической зернистости нейтрофилов?

острый лейкоз

+лейкемоидная реакция нейтрофильного типа

лейкоцитоз со сдвигом влево

хронический миелолейкоз

4#Укажите гематологические признаки хронического лимфолейкоза:

лейкоцитоз (40х10590/л) со сдвигом формулы влево до миелоцитов

умеренный лейкоцитоз, анемия с высоким ретикулоцитозом

+лейкоцитоз (60х10590/л), абсолютный лимфоцитоз, обнаружение теней Гумпрехта

анемия, тромбоцитопения, лейкопения

5#Укажите наиболее достоверный диагностический признак острого лейкоза:

наличие геморрагического, анемического, лихорадочного синдромов

обнаружение клеток Боткина-Гумпрехта

+выявление в миелограмме 30 и более бластных клеток

жалобы на утомляемость, слабость, лихорадку, кровоточивость десен

6#Для какого заболевания характерны носовые, десневые, маточные кровотечения, синяковость, тромбоцитопения?

гемолитическая анемия

+тромбоцитопеническая пурпура

гемофилия

болезнь Шенлейна-Геноха

7#О каком заболевании можно думать при появлении у больного после легкого ушиба обширной, глубокой, болезненной гематомы в области правого бедра?

геморрагический васкулит

болезнь Верльгофа

+гемофилия

болезнь Рандю-Ослера

8#Нейтрофильный лейкоцитоз с резким сдвигом влево может иметь месть при всех заболеваниях, кроме:

+глистной инвазии

острого гангренозного холецистита

тяжелого лекарственного дерматита

перитонита

9#Моноцитоз может выявляться при:

туберкулезе

сифилисе

малярии

протозойных и вирусных заболеваниях

+при всем вышеперечисленном

*10#*Повышение числа лейкоцитов при инфекционных заболеваниях чаще всего связано с увеличением:

эозинофилов

лимфоцитов

+нейтрофилов

Моноцитов

11#О каком заболевании можно думать при выявлении гиперлейкоцитоза (50-200х109)?

пневмония

карбункул

+лейкоз

острый холецистит

*3. Общий анализ крови*

**ОАК № 5**

Больная обратилась в поликлинику в связи с тем, что стала отмечать появление на коже кровоподтеков, появляющихся спонтанно или от легкого ушиба, иногда носовых кровотечений. При исследовании крови выявлено:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  Лейкоциты  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  СОЭ  Тромбоциты  Гематокрит | 3,8 млн. – 3,8 . 1012/л  120 г/л  0,95  6000 – 6 . 109/л  4  70  20  6  12 мм/час  50000 – 50 . 109/л  38 % |

Время свертывания крови не изменено. Время кровотечения 15 минут. При тромбоэластографии определяется резкое замедление времени реакции и образования кровяного сгустка. О каком заболевании вы думаете?

Ответ: В данном случае имеется небольшое снижение числа эритроцитов при нормальной лейкоцитарной формуле крови. Число тромбоцитов снижено значительно (норма 250 – 300 тысяч), что и обусловило наличие у больной геморрагического синдрома. В сочетании с клинической картиной в данном случае можно думать о болезни Верльгофа. Снижение содержания тромбоцитов является одной из причин геморрагического синдрома. Другими причинами могут быть нарушения свертывающей системы и проницаемости сосудистой стенки.

**ОАК № 6**

Больной обратился к врачу в связи с тяжестью в области левого подреберья. Однако задолго до этого беспокоили слабость, утомляемость, повышенная потливость, субфебрилитет. При осмотре врач обнаружил увеличение селезенки. Проведенный анализ крови показал следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Миелобласты  Промиелоциты  Миелоциты  Юные  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 2800000 – 2,8 . 1012/л  67 г/л  0,5  30 мм/час  100000 – 100 . 109/л  5  10  23  7  21  24  7  3  36 % |

Каков диагноз у этого больного?

Ответ: В крови увеличено содержание лейкоцитов, абсолютное большинство их приходится на гранулоциты, наряду со зрелыми клетками выявлены юные клетки, миелоциты, промиелоциты, миелобласты, что встречается при хроническом миелолейкозе. Параллельно отмечены изменения в красной крови (уменьшено количество эритроцитов, гемоглобина, снижен цветовой показатель), которые укладываются в гипохромную анемию. Наряду с этим отмечено увеличение СОЭ. Такие изменения характерны для выраженной стадии хронического миелолейкоза.

**ОАК № 7**

Больная обратилась к врачу в связи с тем, что стала отмечать общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры до субфебрильных цифр. В проведенном анализе крови выявлены следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Сегментоядерные  Лимфобласты  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 2,8 млн – 2,8 . 1012/л  77 г/л  0,5  26 мм/час  150000 – 150 .  109/л  2  5  2  88  3  31 % |

О каком заболевании подумал врач? Чем подтверждается данный диагноз?

Ответ: Получив такой анализ крови, врач должен обратить внимание на состояние красной и белой крови. Обнаружено увеличение количества лейкоцитов до 150000, причем основная масса их представлена лимфоцитами. Имеется небольшое количество молодых клеток – лимфобластов. Такие изменения характерны для хронического лимфолейкоза. Со стороны красной крови имеется гипохромная анемия (снижено количество эритроцитов, гемоглобина, цветовой показатель меньше 1,0). Явление анемии присоединяется обычно в терминальном периоде.

**ОАК № 8**

К Лор-врачу обратилась больная по поводу болей в горле при глотании, высокой температуры ремиттирующего типа, ознобов, резкой слабости. При осмотре была картина некротической ангины. Назначено исследование крови, в которой выявлены следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Миелобласты  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Гематокрит | 2150000 – 2,15 . 1012/л  80 г/л  0,7  40 мм/час  100000 – 100 . 109/л  80  1  11  8  28 % |

**Стернальный пунктат.** В стернальном пунктате содержание клеток эритробластического ростка резко уменьшено, преобладают клетки миелоидного ряда, главным образом, молодые формы – промиелоциты, миелоциты и метамиелоциты. Какой диагноз можно поставить в данном случае?

Ответ: Обращает внимание содержание большого количества лейкоцитов, причем 80 % их составляют молодые, незрелые клетки. Между ними и зрелыми лейкоцитами имеется hiatus leucaemicus – т.е. лейкемический провал. Такая картина крови типична для острого миелолейкоза. За счет бурного размножения эритробластов из костного мозга у больных происходит снижение количества эритроцитов.

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Миеломная болезнь
2. Хронические лейкозы
3. Гемофилия
4. Тромбоцитопеническая пурпура
5. Диагностика нарушений коагуляции

**Тема 21** *Симптоматология и методы диагностики основных синдромов при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, тиреотоксикоз). Неотложная помощь при диабетической (кетоацидотической), гипогликемической и тиреотоксической коме.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости:**

* письменный опрос,
* устный опрос,
* решение проблемно-ситуационных задач;
* проверка практических навыков;
* реферат

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для письменного опроса:

Вариант 1

1. Диабетическая кома: клинические проявления, неотложная помощь

2. Тиреотоксический криз, клинические проявления

Вариант 2

1. Гипогликемическая кома: принические проявления, неотложная помощь

2. Микседема, определение, клинические проявления.

Вопросы для устного опроса:

1. Сахарный диабет. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика.

2. Диабетическая (кетоацидотическая кома). Этиология, основные признаки, неотложная помощь.

3. Гипогликемическая кома. Этиология, основные признаки, неотложная помощь.

4. Синдром повышения функции щитовидной железы (тиреотоксикоз). Клиническая картина.

Тексты ситуационных задач:

**Задача 1**

У больной 42 года, находившейся в стационаре по поводу СД 1 типа, через часа после еды появилась дрожь в теле, потливость, снижение остроты зрения. При осмотре кожные покровы бледные, влажные. На вопросы отвечать отказывается, агрессивна. В легких дыхание везикулярное. Пульс 98 ударов в мин, АД 90/50 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот спокойный. В крови уровень глюкозы 2,8 ммоль/л. Каков предварительный диагноз? Тактика?

**Задача 2**

Больная 30 лет с жалобами на быструю утомляемость, резкую слабость, похудание менее чем за 2 месяца на 10 кг при сохранении аппетита, плаксивость, сердцебиение. Больна в течение 6 месяцев. Лечилась седативными препаратами без улучшения. Последние 3 месяца окружающие стали замечать увеличение передней поверхности шеи. При осмотре больная взволнована, плачет, движения суетливы. Кожные покровы горячие, влажные, обычной окраски. Определяются положительные глазные симптомы, в позе Ромберга тремор вытянутых пальцев рук. Щитовидная железа увеличена до III степени по Николаеву, эластичная, безболезненная. ЧСС 120 в мин. АД 160/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот спокойный. В легких везикулярное дыхание. Каков диагноз?

**Задача 3**

Больная на протяжении 5 лет лечится по поводу аменореи. Периодически больную беспокоят головные боли. Последний год отмечает прибавку в весе, запоры. При осмотре: кожные покровы бледные, сухие, щитовидная железа не увеличена. В легких везикулярное дыхание. ЧСС 60 в мин. АД 130/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Светлые выделения из молочных желез. Язык влажный, отпечатки зубов по боковой поверхности. Живот мягкий, безболезненный.

Каков предварительный диагноз?

Эталоны ответов:

**Задача 1**

Ответ: У больной гипогликемия на фоне передозировки инсулина или пропуска приема пищи. Необходимое дообследование: гликемия в динамике. Лечение: внутрь сок, сироп или конфеты, глюкоза 40%-ная – 40-60 мл в/в струйно, при недостаточной эффективности глюкагон (гипокит), адреналин, преднизолон, система с глюкозой. Коррекция доз инсулина.

**Задача 2**

Ответ: У больной ДТЗ III ст, впервые выявленный. Необходимое обследование Т3,Т4, УЗИ.

**Задача 3**

Ответ: Имеет место гипотиреоз (вероятно, вторичный), средней тяжести, вторичная гипрпролактинемия, аменорея.

Тестовые задания:

Вариант 1

1#В коре надпочечников вырабатываются все гормон, кроме:

кортизола

прогестерона

+адреналина

альдостерона

2#Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин

альфа-клетки

+бета-клетки

дельта-клетки

клетки ацинусов

3#Какие из нижеперечисленных симптомов нехарактерны для явного сахарного диабета?

полидипсия

полиурия

+нормогликемия

глюкозурия

4#Патогенез полиурии при сахарном диабете:

+повышение осмотического давления в канальцах вследствие глюкозурии

понижение осмотического давления в канальцах вследствие глюкозурии

повышение клубочковой фильтрации

5#Укажите нормальное содержание глюкозы в крови натощак в ммоль/л по методу

Хагедорна-Иенсена:

10-15

1,3-3,1

+4,4-6,6

6,6-7,8

6#Для сахарного диабета I типа нехарактерно:

наследственная предрасположенность

начало заболевания острое в молодом возрасте

+начало заболевания старше 40 лет у лиц с ожирением

проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

7#Укажите величину гликемии через 2 часа после «нагрузки» глюкозой при явном сахарном

диабете (в ммоль/л):

4,6

5,5

6,4

+11,1

8# Укажите величину гликемии в ммоль/л, при которой глюкоза начинает экскретироваться

с мочой:

8

9

+10

9#Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки,

развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов?

артериальная гипертония

макроангиопатия

+ретинопатия

нейропатия

10#Глюкозотолерантный тест показан во всех случаях, кроме:

содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л

лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом

при наличии сахарного диабета у кровных родственников

женщинам, родившим живой или мертвый плод весом более 4 кг

+при двухкратном обнаружении глюкозы крови натощак больше 7 ммоль/л

11#Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-

розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные

яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта?

+гиперкетонемическая

гипогликемическая

гиперосмолярная

гиперлактацидемическая

Вариант 2

1#Глюкозотолерантный тест показан во всех случаях, кроме:

содержание глюкозы в крови натощак 5,7-6,9 ммоль/л

лицам с ожирением и гипертонической болезнью, хроническим панкреатитом

при наличии сахарного диабета у кровных родственников

женщинам, родившим живой или мертвый плод весом более 4 кг

+при двухкратном обнаружении глюкозы крови натощак больше 7 ммоль/л

2#Какой вид комы характеризуется следующими признаками: бледное лицо, иногда красно-

розовая окраска кожи, зрачки сужены, дыхание редкое, глубокое, шумное, мягкие глазные

яблоки при надавливании, снижение тонуса мышц конечностей, запах ацетона изо рта?

+гиперкетонемическая

гипогликемическая

гиперосмолярная

гиперлактацидемическая

3#Какое осложнение сахарного диабета характеризуется расширением венул сетчатки,

развитием в ней микроаневризм, кровоизлияний, экссудатов?

артериальная гипертония

макроангиопатия

+ретинопатия

нейропатия

4# Укажите величину гликемии в ммоль/л, при которой глюкоза начинает экскретироваться

с мочой:

8

9

+10

5#Укажите величину гликемии через 2 часа после «нагрузки» глюкозой при явном сахарном

диабете (в ммоль/л):

4,6

5,5

6,4

+11,1

6#Для сахарного диабета I типа нехарактерно:

наследственная предрасположенность

начало заболевания острое в молодом возрасте

+начало заболевания старше 40 лет у лиц с ожирением

проявляется выраженными симптомами (жажда, полиурия, похудание)

7#Укажите нормальное содержание глюкозы в крови натощак в ммоль/л по методу

Хагедорна-Иенсена:

10-15

1,3-3,1

+4,4-6,6

6,6-7,8

8#Патогенез полиурии при сахарном диабете:

+повышение осмотического давления в канальцах вследствие глюкозурии

понижение осмотического давления в канальцах вследствие глюкозурии

повышение клубочковой фильтрации

9#Какие из нижеперечисленных симптомов нехарактерны для явного сахарного диабета?

полидипсия

полиурия

+нормогликемия

глюкозурия

10#Какие клетки поджелудочной железы вырабатывают инсулин

альфа-клетки

+бета-клетки

дельта-клетки

клетки ацинусов

11#В коре надпочечников вырабатываются все гормон, кроме:

кортизола

прогестерона

+адреналина

альдостерона

**Практическая подготовка на клинической базе**

Студенты по 3 человека собирают анамнез у тематических больных, получают сведения с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Схему курации пациента в терапевтическом отделении подробно описана в занятии №4, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Миеломная болезнь
2. Хронические лейкозы
3. Гемофилия
4. Тромбоцитопеническая пурпура
5. Диагностика нарушений коагуляции

**Тема 22** *Итоговая история болезни.*

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* тестирование
* проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Перечислите составные части расспроса пациента.
2. Назовите основные жалобы пациентов при легочных заболеваниях.

Вариант 2

1. Что включает в себя общий осмотр пациента?
2. Перечислите основные жалобы сердечного больного.

**Тестовое задание для контроля знаний по 2 модулю**

**Вариант 1**

1. В НОРМЕ ЗА СУТКИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В СРЕДНЕМ МОЧИ:

а) 1000 мл;

б) 700 мл;

в) 1500 мл;

г) 3000 мл;

д) 5000 мл.

2. ИНТЕРВАЛ R-R ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ СООТВЕТСТВУЕТ ПО ВРЕМЕНИ:

а) систоле предсердий;

б) систоле желудочков;

в) диастоле сердца;

г) одному полному сердечному циклу.

3. НОРМА БИЛИРУБИНА (В МКМОЛЬ/Л) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:

а) 8,5-30,5;

б) 3,3-5,5;

в) 8,5-20,5;

г) 0-18.

4. СОСТОЯНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЗУБЕЦ:

а) P;

б) T;

в) S;

г) Q.

5. ПРОБОЙ ПО НЕЧИПОРЕНКО ОПРЕДЕЛЯЮТ:

а) выделительную функцию почек;

б) мочеобразующую функцию;

в) фильтрационную функцию;

г) концентрационную функцию.

6. ВЫДЕЛЕНИЕ БЕЛКА С МОЧОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) глюкозурия;

б) уробилинурия;

в) протеинурия;

г) гематурия.

7. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ У ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:

а) 1007-1014;

б) 1020-1025;

в) 1015-1020;

г) 1005-1025;

д) 1020-1030.

8. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ:

а) клинический анализ мочи;

б) проба по Зимницкому;

в) проба по Нечипоренко;

г) бактериологическое исследование мочи.

9. ПОСЛОЙНОЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ:

а) бронхография;

б) спирография;

в) томография;

г) флюорография.

10. СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА ЛУЧШЕ ОТРАЖАЕТ:

а) лабораторная диагностика;

б) рентгенологическое исследование;

в) ультразвуковое исследование;

г) электрокардиография.

11. ПОРЦИЯ «В» ЖЕЛЧИ ИМЕЕТ ЦВЕТ:

а) белый;

б) оливковый;

в) светло-желтый;

г) темно-желтый.

12. ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ МОЧИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ СОСТАВЛЯЕТ:

а) 1018-1025;

б) 1007-1010;

в) 1012-1015;

г) 1030-1040.

13. КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ (В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ):

а) 0;

6) 3;

в) 6;

г) 9.

14. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

а) увеличение креатинина и мочевины;

б) увеличение креатинина;

в) увеличение мочевины;

г) уменьшение креатинина и мочевины.

15. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 300 МЛ — ЭТО:

а) анурия;

б) никтурия;

в) олигурия;

г) полиурия.

16. КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В НОРМЕ У МУЖЧИН (В 1 Л):

а) 4,5-5,0 х 1012;

б) 4,5-5,0 х 109;

в) 6-8х109;

г) 6-8 х 109.

17. ЦВЕТОВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОТРАЖАЕТ:

а) количество гемоглобина;

б) количество эритроцитов;

в) степень насыщения эритроцитов гемоглобином;

г) степень насыщения лейкоцитов гемоглобином.

18. КОЛИЧЕСТВО ЛЕЙКОЦИТОВ В НОРМЕ (В 1 Л):

а) 4-9х109;

6) 4-9х1012;

в) 1-2 х 1012

г) 9-12х109.

19. СОДЕРЖАНИЕ СЕГМЕНТОЯДЕРНЫХ НЕЙТРОФИЛОВ В ЛЕЙКОГРАММЕ В НОР¬МЕ (В %):

а) 20-40;

6) 47-72;

в) 6-8;

г) 0-1.

20. ПОЯВЛЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ В МОЧЕ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) гиперглюкозурия;

б) глюкозурия;

в) гипергликемия;

г) гиперпротеинемия.

**Вариант 2**

1. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕК НАЗЫВАЕТСЯ:

а) холецистография;

б) пиелография;

в) холангиография;

г) ирригоскопия.

2. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КАРДИОЛОГИИ:

а) эхокардиография;

б) велоэргометрия;

в) рентгенография органов грудной полости;

г) все ответы верны.

3. ПРИ ПАТОЛОГИИ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ ИЗМЕНЯЕТСЯ ПОРЦИЯ:

а) А;

б) В;

в) С;

г) все порции.

4. КОНЦЕНТРАЦИОННУЮ ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ОПРЕДЕЛЯЮТ ПРОБОЙ:

а) по Зимницкому;

б) Аддис -Каковскому;

в) Нечипоренко;

г) суточная протеинурия.

5. СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

а) зубец P;

б) интервал PQ;

в) комплекс QRS;

г) интервал RR.

6. ВЫДЕЛЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ С МОЧОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:

а) бактериурия;

б) гематурия;

в) цилиндрурия;

г) альбуминурия;

д) лейкоцитурия.

7. У БОЛЬНОГО ВЫДЕЛЯЕТСЯ МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ». НАЗОВИТЕ ЭТОТ СИМПТОМ:

а) микрогематурия;

б) лейкоцитурия;

в) бактериурия;

г) протеинурия;

д) макрогематурия.

8. СКРЫТЫЕ ОТЕКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ:

а) пробой по Аддис—Каковскому;

б) по Нечипоренко;

в) взвешиванием больного, измерением количества выпитой и выделенной жидкости, анализом мочи по Зимницкому

г) цистоскопией и пиелографией;

д) взвешиванием больного, измерением количества выпитой и выделенной жидкости, волдырной пробой МакКлюра—Олдрича,

9. ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ РАБОТЕ СЕРДЦА, РЕГИСТРИРУЕТ:

а) велоэргометрия;

б) фонокардиография;

в) электрокардиография;

г) эхокардиография.

10. КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ИССЛЕДУЕТСЯ:

а) при дуоденальном зондировании;

б) фракционном желудочном зондировании;

в) эндоскопическом исследовании;

г) рентгенологическом исследовании.

11. НОРМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ДНЕВНОГО И НОЧНОГО ДИУРЕЗА:

а) 3:1;

б) 2:1;

в) 1: 1;

г) 1:2.

12. КОЛИЧЕСТВО ЭРИТРОЦИТОВ В АНАЛИЗЕ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО (В 1 МЛ) ДО:

а) 1 х 103;

б) 3 х 103;

в) 5 х 103;

г) 7 х 103.

13. ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК ОТРАЖАЕТ:

а) общий анализ мочи;

б) проба Нечипоренко;

в) проба Зимницкого;

г) проба Аддиса—Каковского.

14. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 3 Л — ЭТО:

а) анурия;

б) никтурия;

в) олигурия;

г) полиурия.

15. СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ СОСТАВЛЯЕТ 40 МЛ — ЭТО:

а) анурия;

б) никтурия;

в) олигурия;

г) полиурия.

16. КОЛИЧЕСТВО ГЕМОГЛОБИНА В НОРМЕ У ЖЕНЩИН СОСТАВЛЯЕТ (Г/Л):

а) 12-16;

6) 80-100;

в) 120-140;

г) 180-200.

17. ЗНАЧЕНИЕ СОЭ В НОРМЕ У МУЖЧИН (ММ/Ч):

а) 1-2;

6) 2-10;

в) 20-40;

г) 40-50.

18. КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В НОРМЕ (В 1 Л):

а) 60-80 х 109;

б) 60-80 х 1012

в) 180-320 х 109;

г) 180-320 х 1012

19. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГИПОФИЗА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:

а) антропометрию;

6) общий анализ крови;

в) общий анализ мочи;

г) рентгенографию костей черепа.

20. СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ НАТОЩАК В НОРМЕ (ММОЛЬ/Л)

а) 1,1-2,2;

б) 3,3-5,5;

в) 6,6-8,8;

г) 8,8-9,9.

**Эталоны ответов**

I вариант

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | в | 11. | б |
| 2. | г | 12. | а |
| 3. | в | 13. | а |
| 4. | а | 14. | а |
| 5. | а | 15. | в |
| 6. | в | 16. | а |
| 7. | г | 17. | в |
| 8. | в | 18. | а |
| 9. | в | 19. | б |
| 10. | в | 20. | б |

II вариант

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | б | 11. | а |
| 2. | г | 12. | а |
| 3. | б | 13. | в |
| 4. | а | 14. | г |
| 5. | в | 15. | а |
| 6. | д | 16. | в |
| 7. | д | 17. | б |
| 8. | д | 18. | в |
| 9. | б | 19. | г |
| 10. | б | 20. | б |

Вопросы для устного опроса, собеседования

1. Схема истории болезни

2. Практические навыки: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Лабораторно-инструментальные методы диагностики заболеваний внутренних органов.

**Практическая подготовка на клинической базе**

**Схема курации пациента в терапевтическом отделении**

При оформлении фрагмента истории болезни обучающимся, необходимо, придерживаться рекомендуемой схемы курации пациента в терапевтическом отделении. История болезни должна быть составлена ясно и последовательно, написана в форме изложения. Необходимо, полностью провести обследование указанной системы пациента физическими методами исследования, применив с этой целью при изучении каждой системы органов, в строгой последовательности, осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:

• Точность и логичность изложения;

• Исчерпывающая полнота необходимых сведений;

• Ясность изложения;

• Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;

• Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподавателя.

*Титульный лист:*

**ГБОУ ВО ОрОМА Минздрава России**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. К.М. Иванов

Преподаватель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

История болезни

(фамилия, имя, отчество больного)

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Куратор студент \_\_\_\_\_\_\_группы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество студента)

Время курации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

ОРЕНБУРГ – 2019

Наименование лечебного учреждения:

**НУЗ «Отделенческая клиническая больница ОАО «РЖД» на ст. Оренбург**

Дата поступления больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Национальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Домашний адрес больного и близких родственников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Кем направлен больной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Диагноз, с которым был направлен в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Предварительный диагноз при поступлении в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Окончательный клинический диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IIЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО:

Перечислить жалобы, которые больной сам отмечает в момент расспроса или отмечал при поступлении в клинику. Сначала необходимо выделить основные (ведущие) жалобы, затем общие. На основании предъявленных жалоб сделать предположение о поражении какой системы идёт речь (система дыхания, кровообращения и т. д.). Уточнить, есть ли еще жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал.

Необходима конкретизация жалоб.

Жалобы при поражении системы органов дыхания

Дыхание через нос: затрудненное, полная невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, насморк — выделения из носа (количество, характер, запах).

Ощущение сухости и боли в горле при разговоре, глотании; нарушение голоса (сиплый, отсутствие голоса).

Боли в грудной клетке: их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая), интенсивность, продолжительность, влияние на них движения, положения тела, дыхании и кашля, их иррадиация.

Одышка: постоянная или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъеме на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление или усиление её в горизонтальном или вертикальном положении, характер одышки (экспираторная, инспираторная, смешанная).

Удушье: время появления, сила, продолжительность.

Кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой (влажный). Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов; время отхождения (утро, день, вечер), количество (за сутки и за один раз), запах и цвет ее, выделение в зависимости от положения больного.

Кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками), цвет (алый, черный, желтый).

Жалобы при поражении системы органов кровообращения

Болевые ощущения в области сердца или за грудиной: характер (колющие, сжимающие, давящие); сила; продолжительность (постоянные или приступообразные); иррадиация; условия, при которых возникают боли; поведение больного во время болей; от каких мероприятий успокаивается боль.

Сердцебиение: постоянное или приступами; интенсивность; «перебои» в работе сердца; длительность; связь с физическим напряжением, движениями, волнениями, в покое, после приема пищи, в горизонтальном положении, при изменении внешней температуры.

Одышка: (см. выше).

Отеки: их локализация, особенности появления (утром, вечером), постоянные или исчезающие, интенсивность их появления, связь с физическим напряжением, приемом жидкости, тяжестью в правом подреберье.

Жалобы при поражении системы органов пищеварения

Аппетит: хороший, удовлетворительный, отсутствие аппетита, жадность к еде, извращение аппетита. Отвращение к пище, особенно к мясной, либо быстрая насыщаемость.

Вкус: неприятный вкус во рту, горький вкус, сладкий, отсутствие или извращение вкуса.

Сухость во рту: при волнении, жажде, лихорадочном состоянии.

Глотание: болезненное, свободное, невозможное, затруднительное, затруднение глотания сухой или жидкой пищи.

Отрыжка: пустая, воздухом, горькая, кислая, тухлым, пищей; время её появления, интенсивность, продолжительность. Есть ли срыгивания?

Изжога: частота появления, интенсивность, продолжительность. Зависит ли от приема и рода пищи?

Тошнота: частота появления, продолжительность, зависит от рода пищи, натощак, при головокружении, при изменении положения тела, нарушения равновесия.

Рвота: время появления (натощак, после еды); продолжительность, зависит ли от рода пищи, приема лекарств. Количество удаленного рвотой желудочного содержимого. Вкус рвотных масс: без вкуса, кислые, горькие. Характер рвоты: неперевариваемость, куски пищи, съеденные задолго до рвоты, пенистые рвотные массы, желтовато-зеленый цвет их от примеси крови к рвотным массам, в каком количестве и виде (неизмененная или измененная кровь), рвота чистой кровью, в виде кофейной гущи, рвота желтого или темно-бурого цвета с каловым запахом. Облегчение после рвоты.

Неприятные ощущения в подложечной области: появление их от всякой пищи или же в зависимости от рода пищи, качества или количества пищи.

Боли в подложечной области: локализация и характер боли, интенсивность.

Иррадиация болей: сверлящая боль в подложечной области, отдающая в позвоночник, отдающая в правую лопатку, в правое плечо. Условия, при которых появляются боли: связь с характером, количеством и качеством принятой пищи. Боли в подложечной области в зависимости от пищи, вне зависимости от пищи. Через сколько времени после приема пищи появляется боль (боль натощак или «голодные боли», ночные боли).

Продолжительность болей: проходит ли боль после приема пищи или жидкости, приема соды, после рвоты или отхождения газов. Влияние перемены положения тела и движений на усиление, ослабление и прекращение болей.

Периодичность болей: длительность светлых промежутков, времени года (осень, зима, весна, лето).

Чем сопровождаются боли: тошнотой, рвотой, температурой, головными болями, задержкой стула или жидким стулом, задержкой газов, появлением дегтеобразного стула.

Ненормальное ощущение в животе: вздутие, ощущение переливания, урчание. Боли острые, режущие, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные.

Стул: число испражнений, если стул бывает не ежедневно, то через сколько дней. Действие кишечника самостоятельное, с клизмой или слабительными. Чувство неполного опорожнения. Понос с указанием частоты испражнений. Смена поносов запорами. Непроизвольное испражнение. Боли при акте дефекации. Тенезмы. Зуд в области прямой кишки. Выпадение прямой кишки.

Стул: оформленный, кашицеобразный, жидкий, твердый, орешками — «овечий» кал, цвет. Примесь крови и слизи.

Отхождение газов: свободное, умеренное, обильное, без запахов, с резким запахом.

Жалобы при поражении системы органов мочевыделения

Боли в поясничной области: справа, слева, постоянные или приступами: характер болей — тупые, тянущие, ноющие, схваткообразные; при каких условиях появляются боли — длительная ходьба, прыжок, тряская езда, охлаждение, волнение. От чего усиливаются? Иррадиация болей — по ходу мочеточников, к мочевому пузырю, в мочеиспускательный канал.

Мочеиспускание: произвольное, свободное, затрудненное, болезненное, учащенное. Учащение днем или ночью. Боли при моче-испускании в мочевом пузыре; боли, резь, жжение в мочеиспускательном канале. Боли в начале, во время, в конце мочеиспускания. Изменение струи мочи (прерывистая, по каплям, слабая). Недержание мочи. Суточное количество мочи.

Моча: цвет, прозрачность, осадок, примесь: гноя, слизи, крови. Гематурия (в начале, во время мочеиспускания, в конце).

Общие: ослабление зрения, сердцебиение, одышка, отеки век, лица.

Жалобы при поражении системы органов кроветворения

Боли: в горле, костях, правом или левом подреберье, их характер.

Кровоточивость: кровотечение из носа, десен, желудочно-кишечного тракта, матки и других органов. Кожный зуд. Лихорадка.

Выявление интоксикаций: (свинец, ртуть, амидопирин, бутадион, сульфаниламиды) и лучевых поражений. Наследственность.

Жалобы при поражении эндокринной системы и нарушении обмена

веществ

Слабость, похудание, ожирение, появление жажды, аппетит, лихорадочное состояние, повышение возбудимости, нарушение сна, дрожь в теле, изменение окраски кожных покровов, сухость кожи или потливость.

Жалобы при поражении костно-мышечной системы и суставов

Боли в костях конечностей, суставах, мышцах. Движение в суставах (свободные, ограниченные). Как часто обостряются, с чем связано обострение? Сопровождается ли покраснением суставов, есть ли хруст в суставах? Мышечная сила, время появления, ее ослабление.

Жалобы, характеризующие общее состояние больного

Самочувствие, недомогание, утомляемость, снижение трудоспособности, зябкость, озноб, потливость, чувство жара, повышение температуры, похудание, повышение веса (необходимо уточнить в какой степени и давно ли?).

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Раздел должен отражать время возникновения заболевания и динамику развития до начала курации. Особенно важным является выявление симптомов, что, в какой-то мере, позволяет решить вопрос о каком заболевании идёт речь – остром или хроническом. Путем соответствующих вопросов необходимо выяснить: начало болезни (когда и как она началась — внезапно или постепенно), каковы были ее проявления, ее дальнейшее течение (прогрессирующее или с перерывами, для хронических заболеваний продолжительность периодов обострений, рецидивов, ремиссий).

Следует установить причины и повод настоящего ухудшения заболевания (тяжелое нервное напряжение, травмы, физические перегрузки, погрешность в еде, простуда и другие).

Обращался ли к врачу, лечился ли и с каким результатом, какие проводились дополнительные исследования (анализа крови, мочи, ЭКГ, рентгеноскопия и др.)? Какие ставили диагнозы лечащие врачи?

Характеристика периода, предшествующего настоящему обращению за медицинской помощью (ухудшение болезни, появление новых симптомов и т. д.).

Кем больной направлен в стационар? Характер госпитализации (экстренный, плановый).

Трудо-экспертный анамнез: выдан ли и когда выдан листок нетрудоспособности на момент поступления в стационар, сколько дней нетрудоспособен.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Расспрос о жизни больного, следует начинать с общебиографических сведений: время и место рождения (географический район), место жительства, если он их менял в течение жизни.

Социальный анамнез: семейная обстановка, в которой родился; возраст родителей, перенесенные заболевания. Школьные годы: когда начал учиться, как проходило учение (насколько легко или трудно было учиться), сколько времени учился? Занимался ли в школе физкультурой и спортом? Общее и специальное образование больного. Для мужчин служба в армии.

Профессиональный анамнез: начало и характер труда всей жизни, профессиональные вредности в прошлом. Условия труда в настоящее время (продолжительность, умственная или физическая, ночная или дневная работа). Характеристика рабочего помещения (освещение, температура, сквозняки, пыль, наличие вредных веществ). Использование выходных дней, отпусков. Бытовые условия.

Перенесенные заболевания, операции, травмы: длительность и тя-жесть их, осложнения, проводимое лечение (в стационаре, на дому, амбулаторно, санаторно-курортное). Обратить внимание па венерические заболевания, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию.

Семейный анамнез: женат, замужем, с каких лет. Для женщин начало менструаций, характер и цикл их. Беременности и роды, мертворождаемость, аборты, их количество, причина осложнения. Есть ли живые дети, сколько?

Наследственность: необходимо выяснить состояние здоровья близких родственников: отца, матери, дедов, бабушек, сестер и братьев больного, детей и внуков, сестер и братьев отца и матери (если они умерли, то, в каком возрасте и от каких причин).

Обратить внимание на болезни, которые особенно сказываются на потомстве: сифилис, туберкулез, нервно-психические болезни, болезни обмена веществ, крови, алкоголизм, новообразования.

Эпидемиологический анамнез: выяснить был ли контакт с инфекционными больными (в семье, школе, среди соседей, сослуживцев и т. д.). Не соприкасался ли с больными животными? Расспросить, где питается больной (в столовой, буфете, дома, какую употребляет воду (сырую, кипяченую, из водопровода или из других источников). Выезжал ли в другие города, районы. Не приезжали ли в семью больные лица из других мест жительства?

Не отмечал ли у себя в последнее время повышения температуры, рвоты, расстройства стула?

Аллергический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов: наличие кожного зуда, различных сыпей, отека лица после приема антибиотиков и других препаратов лекарственных, непереносимость пищевых продуктов, сезонное появление насморка и слезотечения во время цветения полыни, амброзии, тополя.

Негигиенические вредные привычки: курение (с каких лет курит и сколько сигарет в день), употребление алкогольных напитков и наркотиков (частота, количество, как их переносит).

Гемотрансфузионный анамнез: переливалась ли кровь и кровезаменители, по какому поводу, сколько раз и в каком количестве, были ли осложнения на переливания и как они проявлялись. Является ли пациент донором?

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общий осмотр больного (раздел подробно изложен в учебно-методическом пособии «Осмотр»)

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, агональное.

Сознание: ясное, ступорозное (оцепенение), сопорозное (отупение), коматозное.

Положение больного: активное, пассивное, вынужденное.

Телосложение: (конституция); астеник, нормостеник, гиперстеник. Рост. Вес (масса тела). Индекс массы тела (ИМТ = вес кг /рост м2). Осанка. Походка.

Температура тела: нормальная, субфебрильная, высокая.

Система органов дыхания

Грудная клетка неизмененная: нормостеническая (коническая), гиперстеническая, астеническая.

Грудная клетка патологическая: эмфизематозная (бочкообразная), паралитическая, рахитическая (килевидная, куриная), воронкообразная, ладьевидная.

Деформация грудной клетки при искривлениях позвоночника: сколиотическая, кифотическая, лордотическая, кифосколиотическая.

Ассиметрия грудной клетки.

Тип дыхания: грудной, брюшной пли смешанный. Частота дыхания (число дыхательных движений в минуту). Глубина дыхания — глубокое, поверхностное.

Ритм дыхания: ритмичное, изменение ритма при глубоком дыхании (дыхание Куссмауля), при удлинении вдоха (инспираторная одышка), при удлинении выдоха (экспираторная одышка).

Периодическое дыхание: Биота, Чейн-Стокса, Грокка.

Описание результатов пальпации грудной клетки: соответствует полу и возрасту, безболезненная, болезненность локальная или разлитая. Болезненность в точке Георгиевского-Мюссе (при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте проекции диафрагмального нерва). Болезненность по межреберным промежуткам. Боль при надавливании на ребра. Усиление или ослабление боли при наклоне больного в здоровую сторону. Эластичность (эластичная, ригидная). Изменение голосового дрожания (усиление, ослабление, симмет-ричность). Шум трения плевры или шум плеска жидкости в плевральной полости.

Описание результатов перкуссии легких.

Топографическая перкуссия в положении больного стоя и сидя.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные  линии | Правое легкое,  межреберье | Левое легкое,  межреберье |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная |  |  |

Есть ли смещение нижнего легочного края книзу или кверху, смешение передних (внутренних) краев легких внутрь и кнаружи? Указать высоту стояния верхушек легких спереди и сзади, ширину полей Кренига. Есть ли снижение высоты стояния верхушек легких и сужение полей Кренига?

Указать активную подвижность легких по среднеключичной линии, средней подмышечной и лопаточной линиям, возможное ограничение или полное отсутствие активной подвижности у больного.

Сравнительная (качественная) перкуссия. Наличие в легких ясного легочного звука, тупого, притуплённого, тимпанического (коробочного) или металлического звуков, их локализация.

Описание результатов аускультации легких. Указать вид дыхания: везикулярное (альвеолярное) дыхание, везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, жесткое дыхание, бронхиального дыхания (амфорическое, металлическое), бронхнально-везикулярное дыхание.

Указать выслушиваются ли хрипы и какие: сухие хрипы — низкодискантные (жужжащие), высоко-дискантные (свистящие); влажные хрипы — звучные, незвучные, крупно-, средне-, мелкопузырчатые; крепитация начальная, конечная; шум трения плевры. Есть ли бронхофония?

Система органов кровообращения

Описать, есть ли сердечный горб, общее выбухание сердечной области, верхушечный толчок, отрицательный верхушечный толчок, сердечный толчок?

Описать пульсацию подключичных, плечевых, лучевых и других артерий; капиллярный пульс.

Описать, если есть расширение вен головы, шеи, верхних и нижних конечностей, передней поверхности туловища; пульсация яремных вен (положительный и отрицательный венный пульс).

Охарактеризовать пульс: частоту, ритм, напряжение, наполнение, величину, форму.

Описание результатов пальпации области сердца и сосудов. При описании верхушечного толчка указать:

1. – локализацию;

2. – площадь;

3. - силу;

4. - смещение верхушечного толчка, связанное и несвязанное с изменением положения тела;

5. - наличие «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца, у основания сердца.

Описание результатов перкуссии сердца и крупных сосудов

Описать границы относительной тупости сердца:

правая граница - в III, IV межреберье;

левая граница - во III, IV и V межреберьях.

Указать величину поперечника сердца.

Описать границы абсолютной тупости сердца.

Абсолютная сердечная тупость:

правая граница - в IV межреберье, левая граница – в V межреберье, верхняя граница - на уровне IV ребра, выше, ниже.

Указать ширину сосудистого пучка во II межреберье.

Описать результаты аускультации сердца и крупных сосудов.

Указать какие тоны сердца: ритмичные, аритмичные, ясные, громкие, приглушенные, глухие, частоту сердечных сокращений. Ослабление или усиление обоих тонов. Ослабление первого тона, ослабление второго тона. Изменение тембра тонов сердца: хлопающий, первый тон, металлический оттенок тонов, глухой первый топ, «бархатный» тон, дребезжащий первый тон. Раздвоение тонов. Добавочные тоны: третий и четвертый тон. Ритм галопа (протодиастолический, мезодиастолический или пресистолический галоп). Ритм перепела.

Описать, есть ли шумы при аускультации сердца? Систолический шум. Диастолический шум (протодиастолический, мезодиастолический, пресистолический). Точка максимальной громкости шума. Места проведения шумов сердца. Тембровая окраска (мягкий или дующий, грубый или скребущий, пилящий). Артериальное давление (АД) в мм.рт.ст.

Аускультация сонной и подключичной артерии — первый и второй тон. Бедренная артерия — первый тон. Двойной тон Траубе и двойной шум Виноградова-Дюрозье на бедренной артерии, на плечевой и лучевой артериях. Шум волчка на правой яремной вене при повороте головы влево.

Система органов пищеварения

Описать состояние слизистой полости рта — наличие язв, пигментации, кровоизлияний, пятен. Изменение десен (разрыхленность десен, их кровоточивость), состояние зубов.

Охарактеризовать язык: увеличение размеров языка, окраска языка, обложенность налетом, состояние сосочков, наличие язв (язык чистый и влажный, серо-белый, малиновый, плохо-пахнущий, сухой, атрофический).

Запах изо рта (гнилостный, ацетоновый, уремический, печеночный). Явления ангулярного стоматита — воспаление слизистой оболочки и кожи в углах рта. Трещины губ (заеда).

Описание живота. Особенности кожи живота и степень развития подкожной жировой клетчатки. Увеличение живота в размере за счёт ожирения, асцита, метеоризма, наличия опухоли, увеличения печени, селезенки, лимфатических узлов. Неравномерность увеличения отдельных частей живота. Наличие грыжевого выпячивания: пупочная грыжа, расширение пупочного кольца, послеоперационная вентральная грыжа, грыжа белой линии живота.

Расширение венозной сети па передней брюшной стенке («голова медузы»).

Описание результатов пальпация брюшной стенки и органов брюшной полости. Поверхностная, ориентировочная пальпация передней брюшной стенки — определить общую и локальную болезненности, степень напряжения мышц (дефанс), увеличенный органы (печень, селезёнка), наличие грыжи.

Используя глубокую, скользящую, топографическую и методическую пальпация по Образцову-Стражеско дать описание пальпируемых областей (перечислить сигмовидная, слепая, поперечно-ободочная кишка и т.д.): мягкие, безболезненный.

При наличии патологии описать: какой отдел кишечника плотный, болезненный, неподвижный, неурчащий, бугристый, сильно перистальтирующий, скопление жидкого содержимого и газа.

Желудок — возможность пальпаторного определения большой и малой кривизны.

Поджелудочная железа — в норме пальпаторно не определяется, но при поверхностной и глубокая пальпация возможно наличие безболезненности в правой и средней частях эпигастрия, напряжение мышц.

Печень - особенности нижнего края - очертания (ровный, неровный), консистенция (плотный, мягкий), форма (заостренная, округленная), болезненность. Локализация нижнего края печени по отношению к реберной дуге. Поверхность печени — ровная, неровная, крупно- или мелкоузловатая.

Описание результатов перкуссии органов брюшной полости

Указать большой, средний и малые размеры печеночной тупости по Курлову в сантиметрах.

Описание результатов аускультации органов пищеварения.

Шум перистальтики (периодическое урчание кишечника, усиление или ослабление его перистальтики, полное исчезновение перистальтики).

Система органов мочевыделения

Описать наличие отеков и их характер: местный (локализация) или общий отек, мягкие или плотные, изменение кожи над областью отека.

Указать, есть ли припухания поясничной области (паранефрит), выбухания брюшной стенки (опухоль почки), выбухание в области мочевого пузыря (переполнение его).

Описание результатов пальпации почек и мочевого пузыря: возможность пальпаторного определения почек в положении стоя и лежа; возможность пальпации мочевого пузыря над лобком в зависимости от скопления в нем мочи. Определение болезненности при надавливании па поясницу в области проекции почек и при пальпации по ходу мочеточника.

Описание результатов перкуссии почек и мочевого пузыря: Симптом Пастернацкого (отрицательный, положительный). Определение перкуторного звука над лобком (переполненный или пустой мочевой пузырь).

Аускультация почечных артерий: выслушивается ли шум над областью почечных артерий.

Система кроветворения

Описать лимфатические узлы: степень увеличения, консистенция, болезненность, подвижность, спаянность их с кожей, степень генерализации (распространения) увеличенных лимфатических узлов.

Оценить возможность пальпаторного определения селезенки — в положении больного на спине и на правом боку. Описать консистенцию, формы очертания и болезненность.

Указать перкуторные размеры селезенки по X межреберью (метод Шелагурова) в сантиметрах.

Система желез внутренней секреции

Описать, если есть деформация контуров шеи, увеличение щитовидной железы. Характер увеличения (диффузное увеличение, увеличение отдельных долей или перешейка щитовидной железы). Степень увеличения щитовидной железы (0, I, II ст.) по ВОЗ. Особенности консистенции (мягко-эластичная, плотная), ее смещаемость и болезненность при пальпации. Глазные симптомы (экзофтальм, асимметричность глазных щелей, симптом Грефе, Штельвага, Кохера, Мебиуса). Тремор вытянутых пальцев рук. Симптом «телеграфного столба». Выслушивание тонов и шумов при гипер-функции (систолический шум «волчка» при аускультации щитовидной же-лезы).

Костно-мышечная система

Описать развитие мускулатуры (хорошо развита или дряблая), болезненность при пальпации, местные атрофии мускулатуры, непроизвольные сокращения мышц (судороги), наличие внутри мышцы твердых яйцевидных образований (оссифицирующий миозит). Описать, если имеются искривления, выпирания и прочая деформация костей, разрастания периферических костей конечностей (узелки Гибердена, Бушара, «барабанные палочки"), рахитические изменения, наличие костных свищей, гангрены пальцев.

Оценить болезненность в костях при надавливании, особенно на тело грудины, на IV и V ребра, большеберцовую кость. Указать при наличии изменение конфигурации суставов, отечность, покраснение, ощущение хруста и флюктуации в полости сустава, нарушение объема активных движений. Есть ли плоскостопие?

При наличии описать пальпаторную болезненность в позвоночнике: усиление болезненности при давлении на пораженный сустав или паравертебральные точки. Ограничение объема движений в позвоночнике.

VI. ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

(указать изменения в лабораторно-инструментальных данных в соответствии с нозологией)

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови (С-реактивный белок, белки сыворотки крови, фибриноген, общий холестерин и его фракции, ферменты сыворотки крови, показатели свертываемости, креатинин, мочевина, глюкоза крови, билирубин, тимоловая проба, щелочная фосфатаза)

4. LE — клеточный феномен. Ревматоидный фактор. Определение уровня гормонов в сыворотке крови.

5. Гликемический и глюкозурический профиль; тест на толерантность к глю-козе, гликированный гемоглобин.

6. Определение глюкозы и ацетона в моче, микроальбуминурия. Проба Зимницкого. Исследования мочи по Нечипоренко и Аддису - Каковскому.

7. Результаты исследования плеврального пунктата и асцитической жидкости.

8. Данные желудочного и дуоденального исследования. РН-метрия желудка.

9. Данные ЭКГ, спирографии, ЭХО – КГ, Холтеровского суточного мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования АД.

10. Рентгеноскопические и рентгенографические данные.

11. Эндоскопические данные (ФГДС, ФКС, ФБС).

12. Результаты биопсии и цитологического исследования.

13. Данные УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы.

VII. ОБОСНОВАНИЕ ВЫЯВЛЕННЫХ У БОЛЬНОГО СИНДРОМОВ

ЗАБОЛЕВАНИЯ

Система органов дыхания. Синдромы: бронхоспастический, инфильтрации, полости в легком, повышенность воздушности легочной ткани, бронхиальной обструкции, наличие газа и жидкости в плевральной полости, дыхательной недостаточности.

Система органов кровообращения. Синдромы: аритмический, нарушение проводимости, острой сердечной недостаточности, хронической сердечной недостаточности, нарушение внутрисердечной гемодинамики, артериальной гипертонии или гипотонии, гипертонии малого круга кровообращения, острой сосудистой недостаточности.

Система органов пищеварения. Синдромы: «Острый живот», кишечная колика, желудочное или кишечное кровотечение, желудочная или кишечная диспепсия, нарушение всасывания и экссудативная энтеропатия, желтуха, портальная гипертония, печеночная недостаточность, печеночная кома, гепато-лиенальный.

Система органов мочевыделения. Синдромы: отечный, нефротический, мочевой, гипертонический, эклампсия, острая и хроническая почечная недостаточность, уремия.

Система органов кроветворения. Синдромы: анемический, лейкемоидный, геморрогическнй, гиперспленизм.

Эндокринная система. Синдромы: диабетическая и гипогликемическая кома. Острая надпочечниковая недостаточность. Ожирение. Кахексия.

Костно-мышечная система и суставы. Синдромы: суставной, миопатический, Рейно.

*Текст истории болезни должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:*

*1. Точность и логичность изложения;*

*2. Исчерпывающая полнота необходимых сведений;*

*3. Ясность изложения;*

*4. Все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;*

*5. Обязательно должны быть широкие поля для замечаний преподава-теля;*

*6. Студент, получивший неудовлетворительную оценку за историю болезни, обязан переписать ее с учетом замечаний преподавателя;*

*7. Студент не получает зачета, если у него не сдана история болезни или он получил за нее неудовлетворительную оценку.*

**Тема 23** *Симптоматология и методы диагностики острых аллергозов (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок). Неотложная помощь при анафилактическом шоке.*

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *устный опрос,тестирование, решение ситуационных задач.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

*1. Вопросы для устного опроса*

1. Острые аллергозы (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок). Этиология, патогенез, симптомы.

2. Принципы лечения острых аллергозов.

3. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

*2. Тестовые задания:*

#Основным патогенетическим звеном отека Квинке является:

+повышение проницаемости сосудистой стенки

спазм сосудов микроциркуляторного русла

гемолиз эритроцитов

снижение онкотического давления крови

#При лечении крапивницы и ангионевротического отека используют все следующие

методы, кроме:

глюкокортикостероидных препаратов (преднизолон, гидрокортизон)

+а-адреномиметиков (норадреналин)

устранения причинных факторов

лечения основных заболеваний

Н1-гистаминоблокаторов

#Начальными симптомами анафилактического шока являются ощущения стеснения в

груди, одышка

тахикардия

беспокойство, чувство страха

+все вышеперечисленное

ничего из перечисленного

#Анафилактический шок может возникнуть:

при парентеральном введении лекарственных препаратов

при попадании лекарственных средств на слизистые оболочки

от укуса насекомых

+все вышеперечисленное

ничего из перечисленного

#Первым этапом реанимации при анафилактическом шоке является:

введение сердечных гликозидов

оксигенотерапия

+прекращение поступления аллергена в организм

введение ангиотонических средств

#При лечении анафилактического шока используются все препараты, кроме:

антигистаминных

глюкокортикостероидных

+мочегонных

вазопрессоров

#Анафилактический шок – это проявление аллергических реакций:

замедленного типа (китергические реакции)

+немедленного типа (реагиновые реакции)

цитотоксические

иммунокомпетентные

#Для клинических проявлений отека Квинке характерно все, кроме:

отека губ

отека гортани

отека вокруг глаз

+отека нижних конечностей

#При оказании неотложной помощи при ангионевротическом отеке используется:

10%-ный раствор глюконата кальция

парентеральное применение антигистаминных препаратов

внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов

+все вышеперечисленное

#Характерным признаком крапивницы является:

отек гортани

тахикардия

+появление кожной сыпи, сопровождающейся зудом

геморрагическая сыпь

*3. Тексты ситуационных задач (типовые)*

**Задача 83**

Женщина, 25 лет. Поступила в стационар в тяжелом состоянии. Наблюдается безболезненный нарастающий отек в области губ, щек, вокруг глаз. Он имеет плотный (поверхность кожи не продавливается при нажатии на нее) характер. Кож над отеком сохраняет свой первоначальный цвет. Отмечается охриплость голоса, «лающий» кашель, нарастает затруднение дыхания с одышкой. Цвет лица сначала имел синюшный оттенок, затем резко бледнеет. Осмотр слизистой горла у больной выявил отечность мягкого неба и небных дужек, сужение просвета зева. Диагноз?

Ответ: Отек Квинке.

**Задача 84**

Больной 47 лет. Принимает антибиотики. Жалуется на внезапные обильные высыпания, располагающиеся на туловище, верхних и нижних конечностях. Волдыри отличаются сочностью, насыщенной розовой окраской с перламутровым оттенком и интенсивным зудом, жжением. Элементы сыпи несколько приподняты над уровнем непораженной кожи. При обильном количестве элементов на отдельных участках кожи происходит слияние волдырей в обширные очаги с неровными полициклическими краями. Наблюдается субфебрильная температура с ознобом, желудочно-кишечные расстройства (диарея), дискинезия желчевыводящих путей, невротическое состояние. Везикулы, папулы отсутствуют. Диагноз?

Ответ: Лекарственная крапивница, тяжелая форма.

**Тема 24** *Итоговое занятие. Тестирование. Прием практических навыков по физикальным методам исследования и неотложным состояниям.*

**Формы текущего контроля** **успеваемости**

*-устный опрос,*

*-тестирование,*

*-прием практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

1. Практические навыки: пальпация, перкуссия, аускультация у больных с

различной терапевтической патологией.

2. Практические навыки: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Лабораторно-инструментальные методы диагностики заболеваний внутренних органов.

4. Оказание помощи при неотложных состояниях в пропедевтике внутренних болезней.

Тестовые задания (итоговое тестирование):

U1 Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика.

U2 Непосредственные методы исследования в пропедевтической практике.

U3 Введение в пропедевтику внутренних болезней. Расспрос, как метод врачебного исследования.

# Какой метод следует назвать субъективным методом обследования:

+расспрос пациента (или его родственников)

осмотр пациента

пальпация

перкуссия

# Экспираторная одышка – это:

трудно вдохнуть

+трудно выдохнуть

трудно вдохнуть и выдохнуть

трудно дышать лежа

# Инспираторная одышка – это:

+трудно вдохнуть

трудно выдохнуть

трудно вдохнуть и выдохнуть

трудно дышать лежа

# Симптомы заболевания сердца:

боль, отеки, раздражительность

сердцебиение, боль, сонливость

+боль, сердцебиение, отеки

отеки, сердцебиение, анорексия

# Симптом, не характерный для желудочного кровотечения:

рвота с примесью крови;

черный дегтеобразный стул;

+цианоз;

бледность кожных покровов

# Упорный кожный зуд характерен:

при заболевании сердца

заболевании легких

+заболевании печени

заболевании крови

# Ночной диурез превалирует над дневным. Назовите этот симптом:

+никтурия

поллакиурия

олигурия

ишурия

# Мокрота при отеке легких:

слизистая

слизисто-гнойная

гнойная

+кровянистая

серозная

# У больного отмечаются частые позывы к мочеиспусканию с выделением каждый раз небольшого количества мочи. Назовите этот симптом:

олигурия

дизурия

никтурия

ишурия

+поллакиурия

# Частое болезненное мочеиспускание – это:

анурия

+дизурия

олигурия

полиурия

# Отеки при заболеваниях сердца:

появляются в утренние часы

локализуются на лице

смещаются при изменении тела больного

+локализуются на стопах, голенях

# Желудочное кровотечение сопровождается:

+рвотой в виде "кофейной гущи"

метеоризмом

рвотой накануне съеденной пищей

обесцвеченным калом

# Выделение мочи в количестве 300 мл за сутки называют:

никтурия

анурия

полиурия

+олигурия

поллакиурия

# Петехиальная сыпь появляется при нарушении:

эритроцитов

лейкоцитов

эозинофилов

+тромбоцитов

# Характерной жалобой больных сахарным диабетом является:

одышка

+жажда

ломкость ногтей

повышенная раздражительность

"плаксивость"

U3 Общий осмотр. Частный осмотр по системам и органам.

# Пациент просит о помощи, стонет из-за резкой боли в правом подреберье, иррадиирующей в правое предплечье, отмечает неоднократную рвоту, ознобы, повышение температуры до 40° С, крайне беспокоен, не находит себе места, язык сухой, обложен. Определите состояние больного:

удовлетворительное

+средней тяжести

тяжелое

терминальное

# Больной заторможен, осмысливание заданных вопросов затруднено (отвечает на них с опозданием, после неоднократного повторения вопроса), ко всему безразличен, отказывается от приема пищи. Определите состояние пациента:

+ступор (состояние оглушения)

сопор

кома

обморок

бред

# Мужчина, 63 года, рост 165 см, вес 93 кг, коренастный, плотный. Живот значительных размеров, конечности короткие. Определите конституционный тип пациента:

нормостенический

+гиперстенический

гипостенический

# Ярко-красные ладони бывают:

при заболевании почек

заболевании желудка

+заболевании печени

заболевании желчного пузыря

# «Голова медузы» - это:

+расширение вен передней брюшной стенки

расширение вен задней брюшной стенки

расширение вен нижних конечностей

расширение вен верхних конечностей

# Патологическая форма грудной клетки:

астеническая

+бочкообразная

гиперстеническая

нормостеническая

# Глубокое шумное редкое дыхание — это дыхание:

Биота

Грокка

+Куссмауля

Чейна—Стокса

# При осмотре сердечной области можно выявить:

+пульсацию верхушечного толчка

размеры сердца

размеры сосудистого пучка

симптом «кошачьего мурлыканья»

# Акроцианоз характерен для

печеночной недостаточности

почечной недостаточности

+сердечной недостаточности

дыхательной недостаточности

# Диффузный цианоз характерен для:

печеночной недостаточности

почечной недостаточности

сердечной недостаточности

дыхательной недостаточности

# Отеки почечного происхождения вначале появляются:

на ногах

пояснице

руках

+лице

# Бронзовая окраска кожи наблюдается при патологии:

гипофиза

+надпочечников

поджелудочной железы

щитовидной железы

# «Лягушачий» живот характерен для:

+асцита

ожирения

беременности

метеоризма

# При анемии кожный покров:

+бледный

гиперемированный

цианотичный

иктеричный

# Первое появлением желтухи отмечается на:

руках

ногах

+склерах глаз

туловище

шее

U3 Пальпация, как метод врачебного исследования.

# Ослабление голосового дрожания определяется при:

+эмфиземе легких

бронхите

пневмонии

синдроме компрессионного ателектаза

# Усиление голосового дрожания типично для:

гидроторакса

+абсцесса легкого в стадии полости

эмфиземы легких

полного обтурационного ателектаза

# В норме верхушечный толчок расположен:

в IV межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

+в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

в V межреберье по левой средне-ключичной линии

в IV межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии

# Площадь верхушечного толчка в норме составляет:

0,5 см

4см

+2 см

6 см.

# В какой стадии крупозной пневмонии усиливается голосовое дрожание:

стадии разрешения

стадии уплотнения

стадии прилива

# Пальпаторно «доскообразный» живот характерен для:

хронического гастрита

язвенной болезни желудка

+перфоративной язвы желудка

# Симптом «систолического» дрожания характерен для:

+стеноза устья аорты

митрального стеноза

митральной недостаточности

# Дефицит пульса пальпаторно определяется при:

+фибрилляции предсердий

синусовой тахикардии

синусовой брадикардии

# Пальпаторно «шум плеска» характерен для следующей патологии:

+стеноз привратника

эрозивный гастрит

язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

# Симптом «двух молоточков» определяется пальпаторно при:

+митральной недостаточности

стенозе устья аорты

стенозе митрального устья

# Грыжа «белой» линии живота пальпаторно определяется при помощи:

+ориентировочной пальпации

глубокой пальпации

толчкообразной пальпации

# К этапам глубокой пальпации не относится:

постановка руки

набор кожной складки

+погружение на вдохе

погружение на выдохе

скольжение

# Слепая кишка пальпируется:

в правой подвздошной области

в левой подвздошной области

в надлобковой области

на уровне пупка по обе стороны от срединной линии

# При пальпации положительный симптом Щеткина-Блюмберга характерен для:

+синдрома «острого живота»

стеноза привратника

язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

# Смещение верхушечного толчка влево наблюдается при:

+гипертрофии левого желудочка

гипертрофии правого желудочка

гипертрофии левого предсердия

U3 Перкуссия, как метод врачебного исследования.

# При выстукивании грудной клетки над предполагаемой областью сердца перкуторный звук:

ясный легочный

+тупой, притупленный

коробочный

тимпанический

# При выстукивании нижних отделов грудной клетки больного эмфиземой легких перкуторный звук:

притупленный

тупой

+коробочный

тимпанический

# При выстукивании грудной клетки над опорожнившейся полостью легких (полость абсцесса легкого или каверна при туберкулезе легких) перкуторный звук ожидается:

притупленный

тупой

ясный легочный

+тимпанический

# Сравнительная перкуссия легких выполняется для определения:

границ легких

+наличие патологического очага

подвижности нижнего легочного края

# Какой перкуторный звук получают над здоровыми легкими:

тимпанический

+ясный

притупленный

тупой

# Левый контур тупости сердца образован:

+левая часть дуги аорты, легочный ствол, левое предсердие и левый желудочек

левая часть дуги аорты, левое предсердие и левый желудочек

левая часть дуги аорты и левый желудочек

левый желудочек.

# Каким отделом сердца образована абсолютная сердечная тупость:

левым желудочком

левым предсердием

+правым желудочком

правым предсердием.

# Поперечник сердца равен:

2-4 см

6-7 см

+11-13 см

1 см

# Где проходит правая граница относительной сердечной тупости в IVмежреберье:

у края грудины

на 4 см кнаружи от края грудины

+на 1-2 см кнаружи от края грудины

по левому краю грудины

# Левая граница сердца образуется:

верхушкой правого желудочка

верхушкой левого желудочка

левым предсердием

+левым предсердием и желудочком

# Какие перкуторные явления характерны для 2 стадии крупозной пневмонии:

ясный легочный звук

тимпанический звук

+тупой звук

# Поперечник и длинник селезенки в норме равен соответственно:

+4-6 и 6-8 см

3-4 и 5-7 см

5-7 и 9-10 см

# Сглаженность «талии» сердца бывает при:

+митральном стенозе

аортальном стенозе

аортальной недостаточности

# При перкуссии легких линия Элиса-Дамуазо определяется:

гидроторакс

пневмоторакс

+экссудативный плеврит

# Граница абсолютной сердечной тупости увеличивается при:

+гипертрофии правого желудочка

гипертрофии левого желудочка

гипертрофии правого предсердия

U3 Аускультация, как метод врачебного исследования.

# Метод аускультации впервые был открыт:

Ауэнбруггером

+Лаэннеком

Корвизаром

Боткиным

# Бронхиальное дыхание выслушивается:

на вдохе

на выдохе

+на вдохе и выдохе

на вдохе и первой трети выдоха

# При эмфиземе легких дыхание:

везикулярное

бронхиальное

жесткое

+везикулярное ослабленное

# Сухие хрипы образуются при:

разлипании стенок альвеол

+набухании слизистой бронхов и их спазме

наличии жидкой мокроты в просвете бронха

инфильтрации легочной ткани.

# Почему после откашливания уменьшается количество басовых сухих хрипов:

уменьшается бронхоспазм

уменьшается отек слизистой бронхов

+откашливается вязкая мокрота

# Бронхиальное дыхание по типу «амфорического» выслушивается:

+полости в легком, сообщающейся с бронхом

эмфиземе легких

обтурационном ателектазе

гидроторакс

# Систолический шум над верхушкой сердца характерен для:

+недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

митрального стеноза

аортального стеноза

# В норме над легочными полями выслушивается дыхание:

бронхиальное

+везикулярное

ослабленное

легочное

# При уплотнении легочной ткани определяется дыхание:

ослабленное везикулярное

+бронхиальное

жесткое

бронховезикулярное

# Бронхиальное дыхание выслушивается:

на вдохе

на выдохе

+на вдохе и выдохе

на вдохе и первой трети выдоха

# При аускультации крепитация выслушивается:

только на вдохе

только на выдохе

на вдохе и выдохе

# С какой целью используется дополнительный прием при аускультации легких – надавливание стетоскопом на грудную клетку:

+с целью отличить шум трения плевры от крепитации и хрипов

для выявления скрытой бронхиальной обструкции

с целью отличить сухие хрипы от влажных

с целью отличить хрипы от крепитации или шума трения плевры

для лучшего выслушивания патологического бронхиального дыхания

# Чем обусловлено появление влажных мелкопузырчатых незвонких хрипов:

вязкая мокрота в крупных бронхах

вязкая мокрота в мелких бронхах и/или их спазм

жидкая мокрота в крупных бронхах или полостях, сообщающихся с бронхом

+жидкая мокрота в мелких бронхах при сохраненной воздушности окружающей легочной ткани

жидкая мокрота в мелких бронхах и воспалительное уплотнение окружающей легочной ткани

# Усиление I тона на верхушке сердца (хлопающий) встречается при:

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

+митрального стеноза

аортального стеноза

# Ритм галопа встречается:

+тяжелом поражении сердца

пролапсе митрального клапана

артериальной гипертонии

# У больного сердечная астма, на основании сердца выслушивается:

акцент II тона на аорте

+акцент II тона на легочном стволе

ослабление II тона на аорте

ослабление II тона на легочном стволе

# Студент при аускультации больного с болями в грудной клетке выслушал шумы в обе фазы дыхания, напоминающий хруст снега под ногами. Как называется данный аускультативный феномен:

+шум трения плевры

крепитация

сухие хрипы

влажные хрипы

бронхиальное дыхание

# При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»:

митральной недостаточности

+при стенозе митрального отверстия

аортальной недостаточности

U2 Лабораторно-инструментальные методы исследования.

# Cостояние предсердий характеризует зубец:

+P

T

S

Q

# Cостояние желудочков характеризует:

зубец P

интервал PQ

+комплекс QRS

интервал RR

# Интервал R-R электрокардиограммы соответствует по времени:

систоле предсердий

систоле желудочков

диастоле сердца

+одному полному сердечному циклу

# Инструментальные методы исследования, применяемые в кардиологии:

эхокардиография

велоэргометрия

рентгенография органов грудной полости

+все ответы верны

# Норма билирубина (в мкмоль/л) в сыворотке крови:

8,5-30,5

3,3-5,5

+8,5-20,5

0-18

# При патологии в желчном пузыре изменяется порция:

A

+B

C

все порции

# Концентрационную функцию почек определяют пробой:

+по Зимницкому

Аддис—Каковскому

Нечипоренко

# Рентгенологическое исследование почек называется:

холецистография

+пиелография

холангиография

ирригоскопия

# Выделение белка с мочой называется:

глюкозурия

уробилинурия

+протеинурия

гематурия

# Выделение лейкоцитов с мочой называется:

бактериурия

гематурия

цилиндрурия

альбуминурия

+лейкоцитурия.

# У больного выделяется моча цвета «мясных помоев». Назовите этот симптом:

микрогематурия

лейкоцитурия

бактериурия

протеинурия

+макрогематурия

# Для определения форменных элементов проводится:

клинический анализ мочи

проба по Зимницкому

+проба по Нечипоренко

бактериологическое исследование мочи

# Состояние клапанного аппарата сердца лучше отражает:

лабораторная диагностика

рентгенологическое исследование

+ультразвуковое исследование

электрокардиография

# Нормальное соотношение дневного и ночного диуреза:

+3:1

2:1

1:1

1:2

# Относительная плотность мочи в общем анализе составляет:

+1018-1025

1007-1010

1012-1015

1030-1040

U2 Клинические синдромы.

# В приемном отделении машиной скорой помощи из спортивного зала доставлен молодой человек, 23 лет, у которого во время подъема штанги появилась резкая боль в правой подключичной области, нарастающая одышка. при осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание резко ослаблено. При перкуссии определяется тимпанический звук. При аускультации выявлено значительное ослабление дыхания и бронхофонии. О какой патологии можно думать:

крупозная пневмония

экссудативный плеврит

+спонтанный пневмоторакс

приступ удушья бронхиальной астмой

обтурационный ателектаз

# У пациента Т., 52 лет, при осмотре: грудная клетка бочкообразной формы. Выявлен тупой эпигастральный укол, горизонтальное расположение ребер, над- и подключичные ямки сглажены. При пальпации: голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон, несколько ослаблено. При перкуссии: коробочный перкуторный звук. При аускультации: над обоими легкими выслушивается одинаковое ослабленное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. Что у пациента:

полость в легком, связанная с бронхом

долевое воспалительное уплотнение легкого

+эмфизема легких

сужение просвета бронхов вязким экссудатом

# Больной 60 лет поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей. Объективно: положение ортопноэ, набухание шейных вен, асцит, отеки на ногах, пульс 100 ударов в 1 мин, АД – 90/60 мм рт. ст. над нижними отделами легких определяется укорочение перкуторного звука, дыхание не выслушивается. О недостаточности какого отдела сердца можно думать:

левый желудочек

правое предсердие

+правый желудочек

левое предсердие

# У больного Л., 42 лет, на фоне нарастающей слабости появилось желтушное окрашивание склер, темный цвет мочи. При осмотре выявлено желтушное окрашивание склер, уздечки языка, мягкого неба и кожных складок с оранжевым оттенком. пальпируется закругленный чувствительный край печени на 2 см ниже реберной дуги. Признаки какого клинического синдрома имеются у данного больного

печеночно-клеточная недостаточность

синдром портальной гипертензии

+желтуха

# Моча цвета «пива» характерна:

при заболевании почек

заболевании желчного пузыря

отравлении алкоголем

+печеночной желтухе

# В терминальную стадию печеночной недостаточности характерно:

эйфория, бред

галлюцинации

ступор

+кома

# При синдроме очагового уплотнения легочной ткани голосовое дрожание над этим участком:

усилено

+ослаблено

не изменено

# При синдроме скопления воспалительной жидкости в плевральной полости органы средостения:

не смещаются

+смещаются в здоровую сторону

смещаются в больную сторону

# Скопление жидкости в плевральной полости — это:

ателектаз

+гидроторакс

пневмоторакс

эмфизема

# При синдроме артериальной гипертензии гипертрофируется:

правый желудочек

+левый желудочек

левое и правое предсердие

межжелудочковая перегородка

# При синдроме тиреотоксикоза наблюдаются:

сонливость, вялость

зябкость, понижение температуры тела

брадикардия, запоры

+экзофтальм, тахикардия

# Признак портальной гипертензии:

+асцит

головная боль

желтуха

кожный зуд

# Симптом Пастернацкого выявляется методом:

аускультации

осмотра

пальпации

+поколачивания

# Главное проявление почечной эклампсии:

слабость

головная боль

+судороги

отеки

# Увеличение селезенки называется:

гиперспленизм

гепатомегалия

+спленомегалия

гинекомастия

Практические задания для демонстрации практических навыков

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков проводится согласно перечню

**Перечень практических навыков:**

1. Поверхностная пальпация живота

2. Пальпация слепой кишки

3. Пальпация сигмовидной кишки

4. Пальпация поперечно-ободочной кишки

5. Пальпация нисходящей кишки

6. Пальпация восходящей кишки

7. Пальпация печени

8. Пальпация селезенки

9. Пальпация почек

10. Точечная пальпация, пальпация мочеточниковых точек

11. Пальпация грудной клетки, ее задачи.

12. Пальпация верхушечного толчка

13. Пальпация сердечного толчка

14. Пальпация щитовидной железы

15. Пальпация лимфатических узлов

16. Пальпация желудка

17. Осмотр и пальпация суставов

18. Симптом Пастернацкого

19. Общий осмотр

20. Осмотр и пальпация грудной клетки

21. «Кошачье мурлыканье», пальпация его видов

22. Сравнительная перкуссия легких спереди

23. Сравнительная перкуссия легких сзади

24. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких спереди

25. Определение перкуторно высоты стояния верхушек легких сзади

26. Определение полей Кренига

27. Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии

28. Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии

29. Определение нижней границы легких по лопаточной линии

30. Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии

31. Перкуссия правой границы относительной сердечной тупости

32. Перкуссия левой границы относительной сердечной тупости

33. Определение ширины сосудистого пучка

34. Определение поперечника сердца

35. Определение абсолютной сердечной тупости

36. Определение первого размера печени по Курлову

37. Перкуссия селезенки

38. Перкуторное определение жидкости в брюшной полости

39. Перкуссия печени по Курлову

40. Перкуторное определение размеров поперечника сердца

41. Перкуссия абсолютной сердечной тупости

42. Аускультация сердца

43. Измерение АД, пальпация пульса

44. Аускультация легких

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | В ПЯТЬ БАЛЛОВ оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| В ЧЕТЫРЕ БАЛЛА оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| В ТРИ БАЛЛА оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| В ДВА БАЛЛА оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **тестирование** | ПЯТЬ БАЛЛОВ выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| ЧЕТЫРЕ БАЛЛА выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| ТРИ БАЛЛА выставляется при условии  60-74% правильных ответов |
| ДВА БАЛЛА выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных**  **задач** | ПЯТЬ БАЛЛОВ выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| ЧЕТЫРЕ БАЛЛА выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| ТРИ БАЛЛА выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| ДВА БАЛЛА выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **защита реферата** | ПЯТЬ БАЛЛОВ выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| ЧЕТЫРЕ БАЛЛА выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| ТРИ БАЛЛА выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| ДВА БАЛЛА выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **письменный опрос** | ПЯТЬ БАЛЛОВ выставляется если обучающийся ясно изложил суть определенного вопроса, проявил логику изложения материала, представил аргументацию. |
| ЧЕТЫРЕ БАЛЛА выставляется если обучающийся ясно изложил суть определенного вопроса, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию. |
| ТРИ БАЛЛА выставляется если обучающийся ясно изложил суть определенного вопроса, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию. |
| ДВА БАЛЛА выставляется если обучающийся плохо понимает суть определенного вопроса, не способен логично и аргументировано излагать материал. |
| **отработка практических навыков** | ПЯТЬ БАЛЛОВ выставляется если обучающийся показывает прочные знания и навыки методики выполнения физикальных методов обследования пациента, четко их выполняет |
| ЧЕТЫРЕ БАЛЛА выставляется если обучающийся показывает прочные знания методики и навыков выполнения физикальных методов обследования пациента, но выполняет не четко |
| ТРИ БАЛЛА выставляется если обучающийся не показывает прочные знания методики и навыков выполнения физикальных методов обследования пациента, выполняет не четко |
| ДВА БАЛЛА выставляется если обучающийся не знает методику и не показывает четко навыки физикального обследования пациента |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам, в устной форме. Пакет материалов для принятия экзамена включает в себя:

• тесты;

• практические навыки;

• собеседование, решение ситуационной задачи по лабораторным методам исследования

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

Рд=Рт+Рб+Рэ, где

**Рб -** бонусный рейтинг;

**Рд -** дисциплинарные рейтинг;

**Рз -** зачетный рейтинг;

**Рт -** текущий рейтинг;

**Рэ -** экзаменационный рейтинг)

13-15 баллов. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 70 %).

12-10 баллов. Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 70 %).

9-7 баллов. Допускаются нарушения в последовательности изложения. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов > 70 %).

6-1 балла. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов < 70 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Предмет и задачи пропедевтики внутренних болезней. Схема истории болезни. Классификация и номенклатура болезней. Методика формулировки клинического диагноза.

2. Основы медицинской этики и деонтологии.

3. Расспрос и общий осмотр больного.

4. Расспрос при заболеваниях системы органов кровообращения. Основные разделы расспроса. Основные жалобы и их патогенез. Боли в области сердца, одышка, сердцебиения, кашель, кровохарканье. Значение анамнеза для диагностики и прогноза заболеваний системы кровообращения.

5. Данные осмотра при сердечно-сосудистых заболеваниях: цианоз, отеки, отрицательный и положительный венный пульс, сердечный горб, патологические пульсации в области сердца и сосудов. Признаки декомпенсации сердечной деятельности.

6. Данные пальпации области сердца и сосудов: верхушечный толчок, сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание грудной клетки «кошачье мурлыканье». Пальпация артериального пульса, его характеристики, изменения при патологии.

7. Перкуссия сердца. Диагностическое значение изменений границ относительной и абсолютной тупости сердца. Гипертрофия миокарда и дилатация полостей сердца на стадиях компенсации и декомпенсации сердечной деятельности.

8. Аускультация сердца. Понятие о тонах сердца, механизм их возникновения, основные тоны и дополнительные. Основные свойства тонов: сила, тембр. Изменения тонов при патологии: ослабление, усиление, раздвоение, появление добавочных тонов.

9. Аускультация сердца. Аускультативные особенности нарушений ритма сердца при его патологии. Ритм «перепела», ритм «галопа», их отличительные признаки. Маятникообразный ритм, эмбриокардия, тахикардия, брадикардия, аритмия (особенности аускультативной картины при экстрасистолии, мерцательной аритмии).

10. Аускультация сердца. Систолические шумы, механизм их возникновения, отличительные признаки функциональных и органических систолических шумов. Систолические шумы при приобретенных пороках сердца (характер, тембр, продолжительность, места наилучшего выслушивания и иррадиации).

11. Диастолические шумы, механизм возникновения, отличия функциональных диастолических шумов (шум Флинта, Грехема-Стилла) от органических. Диастолические шумы при приобретенных пороках сердца (характер, тембр, продолжительность, места наилучшего выслушивания и иррадиации).

12. Расспрос при болезнях органов дыхания. Основные жалобы и их патогенез. Значение анамнеза для диагностики и прогноза бронхолегочных заболеваний.

13. Осмотр при болезнях органов дыхания. Изменения положения, характер цианоза, патологическая деформация грудной клетки. Характер одышки в зависимости от патологии органов дыхания.

14. Методика пальпации грудной клетки. Определение болезненности, резистентности. Исследование голосового дрожания на симметричных участках. Диагностическое значение

15. Классификация перкуторных звуков. Диагностическое значение перкуссии грудной клетки. Перкуторные данные при экссудативном плеврите.

16. Аускультация легких. Везикулярное дыхание, механизм образования, изменения в норме и при патологии.

17. Аускультация легких. Бронхиальное дыхание. Механизм образования, места выслушивания. Патологическое бронхиальное дыхание (инфильтративное, компрессионное, полостное).

18. Аускультация легких. Хрипы сухие и влажные, классификация, диагностическое значение.

19. Аускультация легких. Крепитация (физиологическая и патологическая). Шум трения плевры. Механизм образования, места выслушивания, диагностическое значение. Отличия крепитации и шума трения плевры от хрипов при аускультации.

20. Особенности осмотра почечного больного.

21. Расспрос, осмотр при болезнях органов пищеварения. Перкуссия живота. Методика определения асцита в вертикальном и горизонтальном положении больного.

22. Методика поверхностной ориентировочной пальпации живота. Глубокая методическая скользящая пальпация живота по методу В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско.

23. Современные инвазивные методы исследования сердечно-сосудистой системы. Общие представления о методах. Показания и противопоказания. Диагностическое значение (методики катетеризации сердца и сосудов, ангиокардиография, коронарография).

24. Современные неинвазивные методы исследования сердечно-сосудистой системы. Общие представления. Показания к назначению. Диагностическое значение, достоинства и недостатки (эхокардиография, радионуклидные методы, томографические методы).

25. Функциональное исследование системы дыхания. Спирометрия, спирография, пневмотахометрия. Статические и динамические показатели функции внешнего дыхания и их изменения при вентиляционных нарушениях (обструкция, рестрикция).

26. Методы исследования функционального состояния почек. Пробы на разведение, концентрацию, по Зимницкому, клиренс эндогенного креатинина (проба Реберга).

27. Исследование секреторной функции желудка. Методика фракционного желудочного зондирования. РН-метрическое исследование желудочной секреции.

28. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Причины и механизмы развития декомпенсации миокарда. Сердечная астма (этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь).

29 Острая левожелудочковая недостаточность. Кардиальный отек легких. Этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь).

30 Хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, основные клинические проявления. Классификация сердечной недостаточности.

31. Острая правожелудочковая недостаточность. Этиология, патогенез, клиника тромбоэмболии легочной артерии.

32. Хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, основные клинические проявления.

33. Отличительные признаки сердечной астмы от бронхиальной астмы (анамнез, физикальные данные, лабораторно-инструментальные методы исследования).

34. Синдром артериальной гипертонии, степени артериальной гипертонии. Понятие, этиология, факторы риска. Клинические признаки, стадии гипертонической болезни.

35. Синдром артериальной гипертонии. Симптоматические гипертонии. Особенности клинического течения ренальной, эндокринной, церебральной артериальных гипертоний.

36. Понятие об артериальной гипотонии. Этиология. Клинические признаки.

37. Синдром острой сосудистой недостаточности. Обморок, коллапс, шок. Неотложная помощь при этих состояниях.

38. Виды шоков по этиологическим и патогенетически признакам, по тяжести течения. Особенности клинического течения кардиогенного шока. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.

39. Синдром аритмии. Экстрасистолия. Этиология, патогенез, классификация, ЭКГ-диагностика, основные клинические проявления.

40. Синдром аритмии. Пароксизмальная тахикардия. Этиология, классификация, ЭКГ-диагностика, основные клинические проявления, неотложная помощь.

41. Синдром аритмии. Трепетание и мерцание предсердий. Этиология, ЭКГ-диагностика, клиника.

42. Синдром нарушения проводимости сердца. Понятие о морфофункциональном строении проводящей системы сердца. Этиология. Классификация. Клиника блокад сердца.

43. Синдром коронарной недостаточности. Стенокардия. Этиология, классификация, клиника, неотложная помощь при болевом синдроме.

44. Атеросклероз, факторы риска. Ишемическая болезнь сердца, классификация, причины. Основные понятия о стенокардии и инфаркте миокарда.

45. Ишемическая болезнь сердца. Инфаркт миокарда. Клиника, лабораторная диагностика, ЭКГ-диагностика.

46. Синдром гипертензии малого круга кровообращения. Этиология, механизмы формирования, клинические проявления.

47. Ревматизм. Ревматический кардит, ревматический полиартрит. Патогенез. Клинические проявления.

48. Недостаточность митрального клапана. Этиология, нарушения гемодинамики, физикальные данные, механизмы компенсации и декомпенсации.

49. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология, нарушения гемодинамики, физикальные данные, механизмы компенсации и декомпенсации.

50. Недостаточность клапана аорты. Этиология, нарушения гемодинамики, физикальные данные, механизмы компенсации и декомпенсации.

51. Стеноз устья аорты. Этиология, нарушения гемодинамики, физикальные данные, механизмы компенсации и декомпенсации.

52. Синдром скопления воздуха в плевральной полости (пневмоторакс).

53. Синдром скопления жидкости в плевральной полости (гидроторакс, экссудативный плеврит, их дифференциальная диагностика).

54. Легочная недостаточность. Виды вентиляционных нарушений (обструктивный синдром, рестриктивный синдром, альвеолярно-капиллярный блок). Изменения функции внешнего дыхания при разных видах вентиляционных нарушений.

55. Синдром ателектаза (обтурационного и компрессионного).

56. Синдром повышенной воздушности легочной ткани (эмфизема легких).

57. Синдром воздушной полости в легком.

58. Синдром инфильтрации легочной ткани.

59. Синдром нарушения бронхиальной проходимости (обструктивный синдром).

60. Острый и хронический бронхит. Общие представления об этиологии и патогенезе (кратко). Клиническая картина с особенностями физикальных данных.

61. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностические отличия бронхиальной астмы от сердечной астмы.

62. Долевое воспаление легких (крупозная пневмония). Этиология, клиническая картина, физикальные изменения при различных стадиях пневмонии.

63. Отличия в физикальных данных долевого воспаления легочной ткани от очагового.

64. Дифференциальная диагностика сердечной астмы и бронхиальной астмы.

65. Абсцесс легкого.

66. Плевриты (сухие и экссудативные).

67. Нарушения диуреза. Дизурия, олигоурия, полиурия, никтурия, поллакиурия, анурия. Этиология, клиническое значение изменений диуреза почечного и внепочечного происхождения.

68. Мочевой синдром. Патологические составные части мочи, механизм образования.

69. Отечный синдром. Этиология, патогенез, симптоматология. Отличие почечных отеков от отеков у кардиальных больных.

70. Синдром почечной колики. Этиология, патогенез, клиника. Макро-и микрогематурия.

71. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, клиника. Диагностическое значение определения изменений уровня общего белка, белковых фракций, холестерина сыворотки крови при болезнях почек.

72. Синдром почечной артериальной гипертензии, Этиология, патогенез, клиника.

73 Синдром острой почечной недостаточности. Этиология, патогенез, стадии, клиника. Диагностическое значение определения мочевины, креатинина в сыворотке крови.

74. Синдром хронической почечной недостаточности. Этиология, патогенез, стадии, клиника. Значение исследования плотности мочи для оценки функционального состояния почек.

75. Синдром уремии. Этиология, патогенез, клиника.

76. Поражения органов и систем при хронической почечной недостаточности.

77. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиника.

78. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, клиника.

79. Пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника. Исследование мочи по Нечипоренко.

80. Синдром стеноза привратника.

81. Гиперсекреторный синдром нарушения деятельности желудка.

82. Гипосекреторный синдром нарушения деятельности желудка.

83. Синдром «острый живот».

84. Синдром пищеводного, желудочного, кишечного кровотечения. Клиника. Использование инструментальных и лабораторных методов исследования для диагностики кровотечения.

85. Синдром желудочной и кишечной диспепсии.

86. Синдром нарушенного пищеварения и всасывания. Экссудативная энтеропатия. Копрологическое исследование.

87. Механическая (обтурационная) желтуха. Этиология, клиника, функциональные нарушения печени (пигментный обмен, синдромы цитолиза, холестаза, воспаления).

88. Гемолитическая желтуха. Этиология, клиника, функциональные нарушения печени (пигментный обмен, синдромы цитолиза, холестаза, воспаления).

89. Паренхиматозная желтуха. Этиология, клиника, функциональные нарушения печени (пигментный обмен, синдромы цитолиза, холестаза, воспаления).

90. Синдром портальной гипертензии.

91. Гепатолиенальный синдром.

92. Синдром печеночной недостаточности (печеночная кома). Этиология, клиника, стадии комы.

93. Синдром печеночной недостаточности. Нарушения обмена, полиорганные поражения при печеночной недостаточности.

94. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Панкреатиты.

95. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, клиника, осложнения.

96. Рак желудка. Этиология, патогенез (экзогенные и эндогенные канцерогенные ситуации), клиника.

97. Цирроз печени. Этиология, патогенез, клиника.

98. Хронические гепатиты. Этиология, патогенез, клиника.

99. Синдром анемии. Общие понятия об острой постгеморрагической анемии. Геморрагический шок. Неотложная помощь.

100. Синдром анемии. Железодефицитные и В12-дефицитная анемии.

101. Синдром анемии. Гипо- и апластические анемии.

102. Геморрагический синдром. Основные признаки, методы выявления.

103. Острые и хронические лейкозы. Основные понятия, клинические синдромы.

104. Хронический миелолейкоз. Общие представления об этиологии, патогенезе, клинике.

105. Хронический лимфолейкоз. Этиология, клиника, лабораторные показатели.

106. Диабетическая кома (гипергликемическая). Этиология, патогенез, клиника, принципы оказания неотложной помощи.

107. Гипогликемическая кома. Этиология, клинические признаки, неотложная помощь.

108. Дифференциальная диагностика гипо- и гипергликемической комы.

109. Синдром пониженной функции щитовидной железы (гипотиреоз, микседема).

110. Синдром повышенной функции щитовидной железы (тиреотоксикоз). Тиреотоксический криз.

111. Суставной синдром.

112. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при ревматическом и ревматоидном артрите.

113. Анафилактический шок. Этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь.

114. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь.

115. Ангионевротический отек. Причины, клиника, неотложная помощь.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Ситуационные задачи**

**Задача 1**

В клинику доставлены больные А и Б с приступами удушья. Оба занимают вынужденное положение – сидят в постели, опираясь руками на колени. Рот у них открыт. Ноздри раздуты. Больных беспокоит кашель с отхождением мокроты. Врачу удалось снять приступы удушья у обоих больных, однако у него возникли сомнения в идентичности причин одышки. Для уточнения диагноза в лабораторию была направлена мокрота больных.

Анализы мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной А | Больной Б |
| Количество,мл | 20,0 | 150,0 |
| Цвет | бесцветный | розовый |
| Характер | слизистый | серозный |
| Консистенция | тягучая | пенистая, жидкая |
| Запах | без особенностей | без запаха |
| Эозинофилы | скоплениями | не обнаружены |
| Эпителий | мерцательный,  цилиндрический | плоский и альвеолярный  единичный |
| Кристалы Шарко-Лейдена | обнаружены | не обнаружены |
| Спирали Куршмана | обнаружены | не обнаружены |

Попытайтесь на основании сопоставления высказать свое суждение о характере приступа удушья у этих больных.

**Задача № 2**

При флюорографическом исследовании на одном из предприятий выявлены больные В и Г, у которых в верхней доле правого легкого имелись сходные изменения: очаг просветления (полость) диаметром 4 см с плотной капсулой, усиленный легочный рисунок за счет пневмофиброза (разрастание соединительной ткани). Из анамнеза выявлено, что оба болеют несколько лет, по 1 – 2 месяца в году лежат в стационаре. Отмечают субфебрильную температуру по вечерам, небольшую одышку, выделение мокроты.

Результаты исследование мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной В | Больной Г |
| Цвет | желтовато-зеленоватый | золотисто-серый |
| Характер | гнойно-слизистый | гнойный |
| Консистенция | вязкая | вязкая |
| Форма | 2-слойная | 2-слойная, клочковатая |
| Запах | гнилостный | гнилостный, затхлый |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения | покрывают все поле зрения |
| Эритроциты | нет | 15 – 20 в поле зрения |
| Эпителий | плоский, альвеолярный | альвеолярный, много |
| Эластические волокна | обнаружены | обнаружены |
| Микроорганизмы | стрептококки | палочки Коха |
| Другие элементы | нет | кристаллы гематоидина |

Вспомните, при каких поражениях легких возможно образование полости в нем? Какие особенности приобретает мокрота в этих случаях?

**Задача № 3**

На прием к врачу поликлиники обратились больные А и Б с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, потливость, кашель с небольшим количеством мокроты. До этого в течение недели они лечились по поводу острого респираторного заболевания (ОРЗ).

Для уточнения диагноза мокрота больных направлена на исследование.

Результаты исследование мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной А | Больной Б |
| Цвет | прозрачный | прозрачный |
| Характер | слизистый | слизисто-гнойный |
| Консистенция | тягучая | тягучая |
| Запах | без запаха | без запаха |
| Лейкоциты | 14 – 16 в поле зрения | 8 – 10 в поле зрения |
| Эпителий | Цилиндрический,  мерцательный | Альвеолярный |
| Микроорганизмы | группами по 2 – 3 клетки в поле зрения стрептококки, пневмококки | группами по 5 – 10 клетки в поле зрения стрептококки, пневмококки |

О каком синдроме можно думать, имея такие анализы мокроты? Какие дополнительные методы надо использовать для уточнения диагноза?

**Задача № 4**

В поликлинику обратились больные А и Б, у которых имелись некоторые сходные жалобы: повышение температуры до 38 С, слабость, кашель с мокротой. При объективном исследовании врач определил притупление перкуторного тона слева у верхнего угла лопатки, ослабленное везикулярное дыхание. При анализе мокроты получены следующие данные:

Результаты исследование мокроты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мокроты | Больной А | Больной Б |
| Цвет | серый | малиновый |
| Характер | слизисто-гнойный | кровянистый |
| Консистенция | вязкая | студенистая |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения | единичные в поле зрения |
| Эритроциты | до 10 в поле зрения | 15 – 20 в поле зрения |
| Эпителий | альвеолярный | атипические клетки |
| Микроорганизмы | пневмококки |  |
| Эластические волокна | нет | обнаружены |

О каких синдромах можно думать, имея такие анализы мокроты? Какие данные свидетельствуют об этом?

**Задача № 5**

В пульмонологическое отделение больницы госпитализированы больные А, Б, В. Они предъявили много различных жалоб, но всех их беспокоит постоянная одышка. Сходными оказались и некоторые физикальные данные. При пальпации грудной клетки - отсутствие голосового дрожания справа под лопаткой. Перкуторно ниже 5 ребра определялся тупой звук. Аускультативно в этой зоне дыхание не прослушивалось. При рентгенологическом исследовании обнаружено затемнение в нижних отделах правого легкого с косой верхней границей. С диагностической целью произведена пункция плевральной полости.

Результаты исследование плевральной жидкости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Характеристика плевральной  жидкости | Больной А | Больной Б | Больной В |
| Цвет | соломенно-желтый | соломенно-желтый | кровянистый |
| Прозрачность | полная | полная | мутноватая |
| Удельный вес | 1010 | 1020 | 1022 |
| Реакция Ривальта | отрицательная | положительная | положительная |
| Белок | 1 % | 5 % | 5 % |
| Клетки мезотелия | 0 – 1 в поле зрения | 5 – 8 в поле зрения | атипические клетки |
| Эритроциты | - | 1 – 2 – 3 в поле зрения | 20 – 30 в поле зрения, свежие |
| Нейтрофилы | 0 – 1 в поле зрения | 3 – 5 в поле зрения | 3 – 4 в поле зрения |
| Лимфоциты | 2 – 3 в поле зрения | 20 – 25 в поле зрения | 2 – 3 в поле зрения |

Попытайтесь определить к какому виду жидкости (экссудат, транссудат) относится содержимое плевральной полости у каждого из этих больных?

**Задача № 6**

При фракционном зондировании у больного А получены следующие данные:

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет | 20  8  0  8  б/цв | 10  18  10  6  гол | 50  26  14  12  гол. | 20  32  24  8  б/гол | 15  48  30  18  б/цв | 30  50  23  16  б/цв | 25  50  26  14  б/цв | 20  60  28  12  б/цв | 22  60  30  12  б/цв | Единичные ядра  лейкоцитов.  Эпителий цилиндрический  плоский, единичный и не-  большими группами. |

дебит – час HCI 2,82 - мэкв/час;

дебит – час свободной HCI - 1,73 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI - 1,27 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову - 20 мг.

Есть ли в данном случае признаки поражения желудка?

**Задача № 7**

У больных Б и В несколько месяцев назад появились боли в эпигастии через 30 – 60 минут после еды, отрыжка кислым, изжога, периодически рвота. На обследование в больницу направлены впервые. При пальпации отмечена небольшая болезненность в эпигастральной области.

При исследовании желудочного содержимого обнаружили следующие изменения:

Исследование желудочного содержимого больного Б

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Слизь | 80  28  16  12  б/цв  + | 10  21  15  6  гол.  + | 100  64  36  28  гол.  + | 60  78  42  36  гол.  + | 40  96  58  38  гол.  + | 60  88  60  28  б/гол.  + | 30  84  75  9  б/цв  + | 40  84  59  25  б/цв  + | 50  74  49  25  б/цв  + | Лейкоциты,  значительное  количество.  Эпителий  желудочный  скоплениями. |

дебит – час HCI 15,13 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI 8,55 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI 6,54 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 70 мг

Исследование желудочного содержимого больного В

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи-  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Слизь  Кровь | 120  36  20  16  б/цв  +  + | 10  20  12  8  гол.  +  + | 120  58  36  22  гол.  +  + | 80  59  42  17  гол.  + | 50  74  54  20  гол.  + | 60  77  56  21  гол.  + | 40  120  85  35  б/гол.  + | 30  131  90  41  б/гол.  + | 50  126  85  41  б/гол.  + | Эритроциты  группами.  Эпителий  желудочный  скоплениями.  Ядра лейкоцитов. |

дебит – час HCI 15,58 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI 10,50 мэкв/час;

дебит – час связанной HCI 5,08 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 65 мг.

О каких заболеваниях можно думать по этим анализам?

**Задача № 8**

В палату госпитализировали больных К и Н. Оба предъявляют жалобы на тупые, постоянные боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, плохой аппетит, потерю в весе. Болеют около 5 лет. Врачом в целях обследования больным было назначено желудочное зондирование. Получены следующие данные:

Исследование желудочного содержимого больного К

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопическое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая  кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет  Молочная  кислота  Кровь  Желчь | -  -  -  -  -  -  -  - | 20  2  0  2  гол.  +  + | 40  7  0  7  б/ гол.  +  + | 9  5  0  5  б/цв  +  + | 6  6  0  6  б/цв  +  + | 7  6  0  6  б/цв  +  +  + | 3  5  0  5  б/роз.  +  +  + | 3  4  0  4  б/роз.  +  +  + | 2  3  0  3  б/роз.  +  +  + | Эритроциты.  Палочки молочно-кислого  брожения. Ядра  лейкоцитов.  Сарцины.  Дрожжевые  грибки |

дебит – час HCI 0,42 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI --;

дебит – час связанной HCI 0,42 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 1 мг.

Исследование желудочного содержимого больного Н

Пробный завтрак – капустный

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Натощак | Базальная секреция | | | | Стимулированная секреция | | | | Микроскопи  ческое исследование желудочного  содержимого |
| Через  15 минут | Через  30 минут | Через  45 минут | Через  1 час | Через  1 час 15 мин | Через  1 час 30 мин | Через  1 час 45 мин | Через  2 часа |
| Количество  Общая кислотность  Свободная  HCI  Связанная  HCI  Цвет | -  -  -  -  - | 12  4  0  4  гол. | 25  8  0  8  б/ гол. | 10  5  0  5  б/цв | 6  6  0  6  б/цв | 8  4  0  4  желт. | 4  3  0  3  б/цв | 3  2  0  2  б/цв |  | Лейкоциты в значительном количестве.  Эритроциты единичные. Эпителиальные  клетки неизмененные. |

Сычужный фермент в разведении 1:10 не обнаружен

дебит – час HCI 0,53 мэкв/час;

дебит – час свободной HCI --;

дебит – час связанной HCI 0,53 мэкв/час;

дебит – час пепсина по В.Н. Туголукову 0 мг.

О каких заболеваниях можно думать по данным анализа желудочного сока?

**Задача № 9**

При поступлении в стационар больная жаловалась на отвращение к пище, особенно мясной, неприятные ощущения в эпигастрии, похудание за 2 месяца на 8 кг, слабость, пониженную работоспособность, около 3 недель по вечерам субфебрильная температура. Из анамнеза известно, что заболевание началось где-то с полгода назад без всякой видимой для больной причины с неприятных ощущений в эпигастрии. Не обследовалась, самостоятельно лечилась таблетками Но-шпы. При объективном исследовании установлено: больная истощена, тургор кожи снижен, кожные покровы и слизистые бледные. Язык сухой, обложен белым налетом, изо рта неприятный запах. Живот обычной формы, передняя брюшная стенка истончена. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, а при глубокой в области желудка отчетливо пальпируется уплотнение размером до 5 см в диаметре, плотное, малоподвижное, болезненное, печень не пальпируется. При пальпации кишечника патологии не выявлено.

При исследовании желудочного сока обнаружено отсутствие свободной соляной кислоты, сочетающееся с отсутствием пепсина и наличием молочной кислоты. При рентгеноскопии желудка отмечается по большой кривизне «дефект наполнения», отсутствие вмещаемости желудка. Ваш диагноз?

**Задача № 10**

Больной П. жалуется на ежедневные боли режущего характера в эпигастрии, появляющиеся через 2-3 часа после еды и даже ночами, изжогу, отрыжку кислым. Иногда появляется рвота кислым содержимым, которая приносит облегчение. Стул – один раз в 3 дня. Из анамнеза известно, что считает себя больным около трех лет, начало заболевания связывает с нервным стрессом. Отмечает ухудшение состояния каждую осень и весну. При объективном исследовании сознание ясное, телосложение нормостеническое, питание обычное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, язык обложен серо-белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации определяется болезненность в области привратника. Печень не пальпируется. Со стороны кишечника патологии при пальпации не выявлено. Исследование желудочного сока:

Порция натощак: количество — 160 мл; общая кислотность — 70; своб. НС1 - 60. Базальная секреция: время — 1 ч.; количество — 356 мл; общая кислотность — 65-105; своб. НС1 — 48-86. Максимальная секреция (после введе¬ние отвара сухой капусты): время — 1 ч.; количество — 320 мл; общая кислотность — 78-115; своб. НС1 - 60-92. Проба на содержание молочной кис¬лоты — отрицательная. Содержимое: серого цвета. Запаха и примеси нет. Leu в значительном количестве. Цилиндрический эпителий до 36 в поле зрения. Ег свежие, до 10 в поле зрения. Слизь в большом количестве.

При рентгенологическом исследовании в области луковицы 12-п.к. найдена «ниша». При ЭГДС – гиперемия и отечность слизистой луковицы 12-п.к., дефект слизистой размером в диаметре до 2 см. О чем должен подумать врач?

**Задача № 11**

В терапевтическое отделение поступил больной, который предъявлял жалобы на чувство тяжести и распирания в эпигастрии, потерю в весе, тошноту, частую рвоту.

На исследование в лабораторию доставлены рвотные массы больного, которые имели неприятный запах тухлых яиц, содержали пузырьки воздуха, остатки пищи, съеденной сутки назад, много слизи. Общая кислотность – 10 титрационных единиц, свободная – 0 титрационных единиц.

О каком поражении желудка нужно думать в данном случае?

**Задача № 12**

Больному И в порядке обследования желудочно-кишечного тракта произведено дуоденальное зондирование. Получены следующие данные:

*Желчь «А»*

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 2 – 3 в поле зрения

*Желчь «В»*

Прозрачность полная

Цвет темно-зеленый

Лейкоциты 5 – 10 в поле зрения

Желчь «С»

Прозрачность полная

Цвет золотисто-желтый

Лейкоциты 1 - 2 в поле зрения

Как вы оцениваете представленный выше результат? Имеется ли поражение желчевыводящих путей у этого больного?

**Задача № 13**

У больных К и Л периодически появляются приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек, обесцвеченным калом и мочой, имеющей цвет “пива”. При обследовании получены следующие данные:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Больной К | Больной Л |
| Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Цвет  Лейкоциты  Кристаллы  Слизь  Лямблии  Цвет  Прозрачность  Кристаллы  Слизь | **Желчь “А”**  мутная  светло-желтый  покрывают все поле зрения  значительное количество  **Желчь “В”**  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина в большом  количестве  много  нет  **Желчь “С”**  светло-желтый  обычная  холестерина в большом  количестве  много | хлопья  светло-желтый  40 – 50 в поле зрения  значительное количество  темно-оливковый  покрывают все поле зрения  холестерина, покрывают все поле  поле зрения  найдены  золотисто-желтый  мутная  немного |

Какой диагноз вы поставите этим больным?

**Задача № 14**

У больных М и Н, находящихся на лечении в терапевтическом отделении, были жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, усиливающиеся после приема жирной и острой пищи, сопровождающиеся повышением температуры, тошнотой и рвотой желчью.

В порядке планового обследования им проведено исследование дуоденального содержимого; получены следующие результаты:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Больной М | | Больной Н |
| Цвет  Лейкоциты  Слизь  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь  Лямблии  Прозрачность  Цвет  Лейкоциты  Слизь | **Желчь “А”**  золотисто-желтый  2 – 3 в поле зрения  нет  **Желчь “В”**  мутная  темно-зеленый  20 – 30 в поле зрения  хлопья, значительное количество  есть  **Желчь “С”**  мутная  золотисто-желтый  1 – 2 в поле зрения  немного | желтый  30 – 40 в поле зрения  умеренная  мутная с хлопьями  темно-зеленый  покрывают все поле  -  -  мутная  желтый  до 40 в поле зрения  есть | |

О каких заболеваниях можно думать, имея такие данные?

**Задача № 15**

Всем больным при общем клиническом обследовании обязательно проводится исследование мочи. Приводим наиболее распространенный вариант анализа мочи. Оцените его. Сопоставьте ваши данные с обсуждением. Исследование больного А, поступившего в клинику с болями в поясничной области

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 70,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | кислая |
| Удельный вес | 1020 |
| Прозрачность | полная |
| Белок | отсутствует |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Эпителиальные клетки | 1 – 2 плоские в поле зрения |

**Задача № 16**

Больные Б и В обратились к врачу в связи с тем, что заметили необычную кровянистую окраску мочи. Результаты исследование мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика мочи | Больной Б | Больной В |
| Доставленное количество | 180,0 мл | 60,0 мл |
| Цвет | кровянистый | мясных помоев |
| Реакция | кислая | Кислая |
| Удельный вес | 1017 | 1024 |
| Прозрачность | мутная | слабо мутная |
| Белок | 0,33 %о | 1,84 %о |
| Микроскопия осадка  Эпителиальные клетки | плоские 10 – 11 в поле зрения | почечные, 1 – 2 в поле зрения |
| Лейкоциты | нет | 2 – 3 в поле зрения |
| Эритроциты | свежие 15 – 20 в поле зрения | выщелочные 30 – 60 в поле зрения |
| Гиалиновые цилиндры | нет | 1 – 2 в поле зрения |
| Соли | оксалаты в большом количестве | нет |

О каких заболеваниях можно думать по этим анализам? Какие признаки свидетельствуют об этом?

**Задача № 17**

В поликлинику обратился больной Г, который много лет страдает бронхоэктатической болезнью с частыми обострениями, выделением большого количества гнойной мокроты. Результаты исследование мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 120,0 |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | кислая |
| Удельный вес | 1028 |
| Прозрачность | прозрачна |
| Белок | 16,30 %о |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Цилиндры | - восковидные, 0 – 1 – 2 в поле зрения  - гиалиновые, 4 – 5 – 6 в поле зрения  - зернистые, 2 – 3 в поле зрения |
| Клетки почечного эпителия | 2 – 3 – 4 в поле зрения |

Чем обусловлены изменения в моче? Каков характер поражения почек в данном случае?

**Задача № 18**

После родов у больной Д длительное время сохраняются тянующие боли в пояснице. В связи с этим был произведен анализ мочи. Результаты исследование мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 40,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | щелочная |
| Удельный вес | 1008 |
| Прозрачность | Мутная |
| Белок | 0,33%о |
| Осадок | незначительный, рыхлый |
| Эпителиальные клетки | плоские, 1 – 2 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2 – 3 в поле зрения |
| Эритроциты | выщелочные, 2 – 5 в поле зрения |
| Цилиндры | гиалиновые, 0 – 1 – 2 в поле зрения |

О каком заболевании можно думать в данном случае?

**Задача № 19**

После переохлаждения у больной Е появились рези при мочеиспускании, что заставило ее обратиться к врачу. Результаты исследование мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Доставленное количество | 40,0 мл |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Реакция | щелочная |
| Удельный вес | 1028 |
| Прозрачность | мутная |
| Белок | 1,5 %о |
| Осадок | гнойный, тягучий |
| Эпителиальные клетки | мочевого пузыря с жировой дистрофией,  10 в поле зрения |
| Лейкоциты | покрывают все поле зрения |
| Эритроциты | свежие, 15 – 20 в поле зрения |
| Соли | аморфные фосфаты, трипельфосфаты |
| Бактерии | в значительном количестве |

Какое заболевание можно предположить в данном случае?

**Задача 20**

Какая желтуха у больного по данным биохимического анализа крови?

Больной Лабанов Н.Г.

Общий билирубин – 75 мкмоль/л

Прямой билирубин – 10 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 20 мкмоль/л

АЛАТ – 48 мкмоль/л

АСАТ- 53 мкмоль/л

лактатдегидрогеназа – 415 ЕД

щелочная фосфотаза – 325 ЕД

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 6 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

моча пенистая

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

кал ахоличен

**Задача 21**

Какая желтуха у больного по данным биохимического анализа крови?

Больной Шишканов А.Л.

Общий билирубин – 45 мкмоль/л

Прямой билирубин – 4 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 28 мкмоль/л

АЛАТ – 43 мкмоль/л

АСАТ- 42 мкмоль/л

лактатдегидрогеназа – 250 ЕД

щелочная фосфотаза – 95 ЕД

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 3 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

моча - темная

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

кал - темный

**Задача 22**

Какая желтуха у больного по данным биохимического анализа крови?

Больная Волкова П.К.

Общий билирубин – 68 мкмоль/л

Прямой билирубин – 15 мкмоль/л

Непрямой билирубин – 32 мкмоль/л

АЛАТ – 138 мкмоль/л

АСАТ- 124 мкмоль/л

лактатдегидрогеназа – 458 ЕД

щелочная фосфотаза – 115 ЕД

холестерин – 5,0 ммоль/л

альбумины крови – 58,5 %

фибриноген – 8 г/л

сулемовая проба – 1,8 мл

тимоловая проба – 3 ед.

моча - темная

Билирубин – отриц.

Уробилин – отриц.

кал - светлый

**Задача 23**

Больная обратилась в поликлинику в связи с тем, что стала отмечать появление на коже кровоподтеков, появляющихся спонтанно или от легкого ушиба, иногда носовых кровотечений. При исследовании крови выявлено:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  Лейкоциты  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  СОЭ  Тромбоциты  Гематокрит | 3,8 млн. – 3,8 . 1012/л  120 г/л  0,95  6000 – 6 . 109/л  4  70  20  6  12 мм/час  50000 – 50 . 109/л  38 % |

Время свертывания крови не изменено. Время кровотечения 15 минут. При тромбоэластографии определяется резкое замедление времени реакции и образования кровяного сгустка.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

Задача 24

Больная обратилась к врачу в связи с тем, что стала отмечать общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры до субфебрильных цифр. В проведенном анализе крови выявлены следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Сегментоядерные  Лимфобласты  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 2,8 млн – 2,8 . 1012/л  77 г/л  0,5  26 мм/час  150000 – 150 .  109/л  2  5  2  88  3  31 % |

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 25**

В терапевтическом отделении одновременно находились на лечении больные А и Б, у которых в анамнезе – хронический гастрит с секреторной недостаточностью. К обычным желудочным жалобам присоединились резкая слабость, утомляемость, бледность кожных покровов.

При исследовании крови получены следующие данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Больной А | Больной Б | |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  Ретикулоциты  Тромбоциты  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Нормобласты  Гематокрит | 2150000 – 2,15 . 1012/л  80 г/л  0,7  3 %  220 т – 220 . 10 9/ л  7 мм/час  8000 – 8 . 109/л  2  5  66  26  1  3 – 4 на 100  33 % | | 1 млн. – 1 . 1012/л  37 г/л  1,1  13 %  35 мм/час  8000 – 8 . 109/л  2  1  47  42  8  мегалобласты, мегалоциты,  пойкилоцитоз, анизоцитоз  31 % |

С чем связаны присоединившиеся симптомы? О каком осложнении можно думать, имея такие анализы крови?

**Задача 26**

В отделение поступила больная с жалобами на тяжесть в голове, головные боли, шум в ушах. При осмотре отмечается “полнокровный” цвет кожи, особенно на лице и кистях рук. Артериальное давление повышено до 170/100 мм рт. ст. Пальпаторно увеличена печень и селезенка.

Анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Тромбоциты  Лейкоциты  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 7 млн. – 7 . 1012 /л  190 г/л  0,91  2 мм/час  1 млн. – 1000000 . 109/л  10000 – 10 . 109/л  2  1  66  24  7  58 % |

Свертываемость крови и время кровотечения не изменены. О каком заболевании можно думать, имея такие данные?

**Задача 27**

Больная обратилась в поликлинику в связи с тем, что стала отмечать появление на коже кровоподтеков, появляющихся спонтанно или от легкого ушиба, иногда носовых кровотечений. При исследовании крови выявлено:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  Лейкоциты  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  СОЭ  Тромбоциты  Гематокрит | 3,8 млн. – 3,8 . 1012/л  120 г/л  0,95  6000 – 6 . 109/л  4  70  20  6  12 мм/час  50000 – 50 . 109/л  38 % |

Время свертывания крови не изменено. Время кровотечения 15 минут. При тромбоэластографии определяется резкое замедление времени реакции и образования кровяного сгустка. О каком заболевании вы думаете?

**Задача 28**

Больной обратился к врачу в связи с тяжестью в области левого подреберья. Однако задолго до этого беспокоили слабость, утомляемость, повышенная потливость, субфебрилитет. При осмотре врач обнаружил увеличение селезенки. Проведенный анализ крови показал следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Миелобласты  Промиелоциты  Миелоциты  Юные  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 2800000 – 2,8 . 1012/л  67 г/л  0,5  30 мм/час  100000 – 100 . 109/л  5  10  23  7  21  24  7  3  36 % |

Каков диагноз у этого больного?

**Задача 29**

Больная обратилась к врачу в связи с тем, что стала отмечать общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры до субфебрильных цифр. В проведенном анализе крови выявлены следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Сегментоядерные  Лимфобласты  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 2,8 млн – 2,8 . 1012/л  77 г/л  0,5  26 мм/час  150000 – 150 .  109/л  2  5  2  88  3  31 % |

О каком заболевании подумал врач? Чем подтверждается данный диагноз?

**Задача 30**

К Лор - врачу обратилась больная по поводу болей в горле при глотании, высокой температуры ремитирующего типа, ознобов, резкой слабости. При осмотре была картина некротической ангины. Назначено исследование крови, в которой выявлены следующие изменения:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Миелобласты  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Гематокрит | 2150000 – 2,15 . 1012/л  80 г/л  0,7  40 мм/час  100000 – 100 . 109/л  80  1  11  8  28 % |

**Стернальный пунктат.** В стернальном пунктате содержание клеток эритробластического ростка резко уменьшено, преобладают клетки миелоидного ряда, главным образом, молодые формы – промиелоциты, миелоциты и метамиелоциты.

Какой диагноз можно поставить в данном случае?

**Задача 31**

В больницу поступил больной с неясным диагнозом. Отмечал слабость, отсутствие работоспособности, высокую температуру. Больному назначено обследование с целью уточнения диагноза.

При исследовании крови получены следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  1012/лГемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Базофилы  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 4000000 – 4 .  130 г/л  0,87  25 мм/час  15000 – 15 . 109/л  1  1  16  57  20  5  44 % |

На что указывает данный анализ?

**Задача 32**

В отделение поступил больной с неясными приступами удушья, возникающими, в основном, в летнее время. После приступа выделяется густая слизистая мокрота. В порядке обследования на анализ направлена кровь и мокрота больного. В крови обнаружены следующие данные:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  Гемоглобин  Цветовой показатель  СОЭ  Лейкоциты  Эозинофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты  Гематокрит | 4780000 – 4,78 . 1012/л  144 г/л  0,9  8 мм/час  5800 – 5,8 . 109/л  12  4  60  20  4  48 % |

О чем можно думать по такому анализу крови? Какие данные вы ожидаете получить при анализе мокроты?

**Задача 33**

Больной М, 54 года находится на лечении в стационаре, по поводу опухоли в легком. Медицинская сестра, выполнявшая назначения врача, во время очередной манипуляции, сказала пациенту, что его состояние безнадежно и лечение не принесет никаких результатов, возможно у него разовьется рак легкого. Что, согласно, принципам медицинской этике могла сказать медицинская сестра?

**Задача 34**

В приёмное отделение поступил больной Т., 80 лет с инсультом. Состояние пациента тяжелое, находится в глубоком сопоре. Но в госпитализации в реанимационное отделение было отказано. Родственники больного были сильно возмущенны и потребовали объяснения дежурного врача. Своё решение он мотивировал тем, что он не хочет тратить своё время напрасно, так как пациент пожилой и прогноз его заболевания неблагоприятный, а в любой момент может поступить молодой больной, у которого больше вероятность благоприятного исхода. Опишите правильную тактику врача.

**Задача 35**

У женщины температура 39,7ºС, позвонила вызвать бригаду скорой медицинской помощи. На её просьбу приехать, ей посоветовали пить таблетки. Женщина сказала, что является инвалидом 2 группы, страдает эпилепсией и у неё постепенно ухудшается состояние, на что диспетчер нагрубил женщине, попросил не беспокоить их по пустякам и положил трубку. На повторный звонок никто не ответил. Опишите правильную тактику диспетчера.

**Эталоны ответов к ситуационным задачам**

**Задача № 1**

Описанные приступы удушья относятся к весьма частым состояниям в клинике – бронхиальной (больной А) и сердечной (больной Б) астмам.

При бронхиальной астме мокроты выделяется мало, а при сердечной – много. При сердечной астме мокрота образуется за счет пропотевания через сосудистую стенку плазмы с единичными форменными элементами (эритроциты), поэтому она серозная по характеру, жидкая, пенистая и розовая. При бронхиальной астме мокрота представляет собой густую, тягучую слизь, в которой содержатся клетки мерцательного цилиндрического (бронхиального) эпителия и патогномоничные для бронхиальной астмы признаки. В частности, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, которые образуются из распадающихся эозинофилов и спирали Куршмана, которые представляют собой слизистые образования, содержащие эозинофилы, а иногда кристаллы Шарко-Лейдена.

**Задача № 2**

У обоих больных имеется распад легочной ткани, о чем свидетельствует наличие гнойной, двухслойной мокроты, эластических волокон. В основе этого распада лежит воспалительный процесс, этиология которого у них не одинакова. У больного В воспаление вызвано стрептококками, а у больного Г – туберкулезной палочкой Коха. На основании этого исследования в первом случае может идти речь о хроническом абсцессе легкого, возникшем после пневмонии, а во втором – о туберкулезном процессе в легких, осложнившемся образованием каверны.

**Задача № 3**

У обоих больных после острого респираторного заболевания (ОРЗ) развилось осложнение со стороны бронхолегочного аппарата. Мокрота обусловлена воспалительным процессом, о чем свидетельствует обнаружение лейкоцитов, слизи, микроорганизмов. Однако имеется и отличие: у больного А в мокроте обнаружен цилиндрический мерцательный эпителий группами, что указывает на локализацию процесса в трахее и бронхах, у больного Б – альвеолярный эпителий, что встречается при воспалении легочной ткани.

**Задача № 4**

У больного А мокрота носит воспалительный характер. На это указывает слизисто-гнойный характер, большое количество лейкоцитов. Наличие альвеолярного эпителия свидетельствует о локализации процесса в легких, а выявление пневмококков – на этиологический фактор воспаления. Больной Б выделяет мокроту в виде малинового желе, что является патогномоничным признаком рака легкого. Об этом же свидетельствует обнаружение атипических клеток. Известно, что атипические клетки встречаются при злокачественных новообразованиях. Они резко отличаются от клеток дыхательных путей, имеют разные размеры, жирно или вакуольно перерождены. В обоих случаях мы имеем синдром инфильтрации легочной ткани, но у первого больного он связан с воспалением легких, а у второго – с развитием опухолевой ткани.

**Задача № 5**

У больного А плевральная жидкость представляет собой транссудат, так как содержит небольшое количество белка (менее 3 %), имеет низкий удельный вес (менее 1015). В жидкости отсутствует воспалительный белок – серозомуцин (отрицательная реакция Ривальта), обнаружены единичные клеточные элементы.

Транссудат встречается при хронической сердечной недостаточности, а поэтому данного больного необходимо обследовать для уточнения характера поражения сердца.

У больного Б получен экссудат (удельный вес больше 1020, белка больше 3 %, положительная реакция Ривальта). При микроскопическом исследовании обнаружено много лимфоцитов. Среди этиологических факторов экссудативного плеврита на первом месте стоит туберкулез. Поэтому данный больной должен обследоваться и лечиться у фтизиатра.

У больного В также получен экссудат. Однако он имеет некоторые особенности: кровянистый цвет, содержит большое число эритроцитов и атипических клеток. В данном случае следует предположить – злокачественное поражение плевры (метастатическое обсеменение или рак легкого).

**Задача № 6**

Натощак в желудке небольшое количество сока (не более 50 мл), с низкими цифрами общей кислотности. После пробного завтрака общая и свободная кислотность не превышает норму. Имеется нормальная эвакуация из желудка. При микроскопии выявлены единичные эпителиальные клетки и ядра лейкоцитов.

Таким образом, в данном случае при исследовании желудочного сока патологии у больного А не выявлено.

**Задача № 7**

В полученных анализах желудочного сока у больных Б и В много общего. Так, имеется гиперсекреция натощак (количество сока более 50 мл). Общая и свободная кислотность в отдельных порциях превышает норму (соответственно 60 и 40 ед.). Однако выявлены и некоторые различия. Так, у больного В несколько замедлена эвакуация из желудка (окрашивание желудочного сока исчезает только через 1,5 часа, против 1 часа). Во всех порциях имеется примесь крови (что говорит о желудочном кровотечении). Это же подтверждается и обнаружением эритроцитов при микроскопическом исследовании.

Такое сочетание гиперсекреции, гиперацидного состояния и примеси крови в желудочном содержимом характерно для язвенной болезни.

У больного Б помимо вышеперечисленных изменений обнаружено много слизи, лейкоцитов, желудочного эпителия. Сочетание гиперсекреции, гиперхлоргидрии и воспалительных изменений характерно для хронического гастрита с повышенной секреторной функцией.

**Задача № 8**

У обоих больных выявлена гипосекреция – натощак желудочный сок отсутствует, а после пробного завтрака количество сока очень небольшое (меньше 50 мл). Общая кислотность снижена, а свободная отсутствует (ахлоргидрия). Обычно окончательно судить о возможности выработки соляной кислоты можно лишь после проведения гистаминовой пробы. Ускорена также эвакуация из желудка (через 45 минут окраска содержимого желудка исчезает).

У больного Н не обнаружено сычужного фермента, что указывает на ахилию. При микроскопии желудочного содержимого обнаружено значительное количество лейкоцитов, не измененных эпителиальных клеток, что указывает на воспалительный процесс в желудке. Таким образом, у больного имеются данные в пользу ахилического гастрита.

У больного К в желудочном содержимом найдена молочная кислота, кровь. При микроскопии – данных за воспалительный процесс не выявлено, однако найдены различные микроорганизмы. В норме их нет, а появляются они при отсутствии бактерицидного действия соляной кислоты. Полученные у него данные подозрительны для рака желудка, так как имеются признаки кровотечения, которые в данной ситуации могут быть за счет распада опухолевой ткани.

**Задача № 9**

Рак желудка.

**Задача № 10**

Язвенная болезнь: язва луковицы 12-п.кишки.

**Задача № 11**

По обильному количеству рвотных масс с содержанием в них пищи, съеденной несколько дней назад, можно заподозрить стеноз привратника. Данный диагноз подтверждается и жалобами больного на тяжесть, чувство распирания в желудке. Стеноз привратника развивается при рубцевании язвы двенадцатиперстной кишки или раке желудка. Отсутствие в желудочном содержимом соляной кислоты свидетельствует о раке желудка.

**Задача № 12**

Все порции желчи имеют характерную для них окраску, прозрачны, содержат единичные лейкоциты. В порции “В” всегда лейкоцитов несколько больше, чем в порциях “А” и “С”, так как пузырная желчь более концентрированная. Патологические примеси (слизь, кристаллы солей, паразиты) в них отсутствуют.

На основании этого можно сделать заключение, что у больного И нормальный состав желчи, а следовательно нет поражения желчевыводящих путей.

**Задача № 13**

У больного К во всех порциях много лейкоцитов, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре и желчных ходах. В пузырной желчи и порции “С” содержится много кристаллов холестерина, что указывает на калькулезный характер холецисто-холангита.

У больного Л патологические изменения выявлены в порциях “А” и “В”. В связи с тем, что содержимое порции “А”не имеет решающего диагностического

значения можно считать, что воспалительный процесс локализуется в желчном пузыре. Кроме того, в порции “В” содержится много кристаллов холестерина и лямблии. Следовательно, имеет место калькулезный холецистит лямблиозной этиологии.

**Задача № 14**

У больного М патологические изменения есть только в порции “В”, то есть в пузырной порции. В желчи содержится много лейкоцитов, слизи в виде хлопьев, что указывает на воспалительный процесс в желчном пузыре. Наличие в ней лямблий указывает на этиологический фактор этого воспаления (лямблиозный холецистит).

У больного Н во всех порциях обнаружены лейкоциты в большом количестве, слизь. На основании этих данных можно думать о наличии у больного холецистита в сочетании с холангитом.

**Задача № 15**

Представленный анализ является нормальным, так как моча имеет соломенно-желтый цвет, кислую реакцию, полную прозрачность. В моче отсутствует белок и другие патологические компоненты (сахар, желчные пигменты, ацетоновые тела и другие). При микроскопическом исследовании обнаружены единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия, которые попадают в мочу из наружных половых органов.

Боли в поясничной области у больного А нельзя связать с заболеванием почек.

**Задача № 16**

У больных Б и В прежде всего следует отметить кровянистую окраску мочи. Моча кислая, мутная, с нормальным удельным весом. Имеется в моче и белок, но в первом случае (больной Б) его очень мало, а во втором (больной В) он достигает 1,84 %о. Отличия имеются в характере эпителия. В первом случае он плоский, то есть попадает в мочу из мочеиспускательного канала и с наружных половых органов. Во втором случае – почечный, свидетельствующий о поражении почек. В моче обнаружены эритроциты, которые в случае Б свежие (внепочечные), из мочевыводящих путей. В случае В – выщелочные, то есть прошедшие через стенку капилляров почечных клубочков. Обнаружение в моче солей (оксалатов) в большом количестве указывает на возможность присутствия камней. Гиалиновые цилиндры, выявленные у больного В, являются белковыми образованиями канальцевого происхождения и встречаются при заболеваниях почек. Таким образом, у больного Б имеется поражение мочевыводящих путей, связанное с мочекаменной болезнью. У больного В – следует думать о поражении почечной паренхимы. Наличие большого количества белка, измененных эритроцитов, при нормальном удельном весе – характерно для острого гломерулонефрита без нарушения функциональной способности почек.

**Задача № 17**

Обращает внимание наличие большого количества белка и цилиндров в моче. Известно, что цилиндры представляют собой белковые и клеточные образования канальцевого происхождения. Встречаются они при дистрофических процессах в канальцах. Зернистые цилиндры образуются из распавшихся клеток почечного эпителия. Восковидные цилиндры характерны для хронических заболеваний почек.

Причиной таких дистрофических изменений является хронический нагноительный процесс, в частности, в легких. Развивается амилоидоз паренхиматозных органов и, в том числе, почек (амилоид-белково-углеводный комплекс, откладывающийся в межклеточном веществе паренхимы органа).

**Задача № 18**

В моче обнаружен ряд патологических признаков: изменена реакция мочи на щелочную, отмечено помутнение ее, снижен удельный вес, обнаружен белок в количестве 0,33 %о. При микроскопическом исследовании найдены выщелочные эритроциты, одиночные гиалиновые цилиндры, которые представляют собой белковые образования канальцевого происхождения. Низкий удельный вес мочи свидетельствует о снижении концентрационной функции почек. Белок и выщелочные эритроциты появляются при повышенной проницаемости сосудов клубочков почек. Сочетание таких изменений характерно для хронического поражения почек, с вовлечением в процесс клубочков (хронический гломерулонефрит).

**Задача № 19**

У больного явно патологическая моча. Она мутная, со щелочной реакцией, хотя удельный вес мочи не снижен. При микроскопии осадка клетки мочевого пузыря, масса лейкоцитов, бактерий, что указывает на воспалительный процесс в мочевом пузыре. Кроме того, найдены свежие эритроциты, соли, что свидетельствует о наличии камней и возможной травматизации слизистой. Белок в данном случае имеет внепочечное происхождение (за счет форменных элементов – гноя). Таким образом, имеющиеся нагноительные изменения в моче у больной Е, дают основания поставить диагноз мочекаменной болезни с явлениями цистита.

**Задача 20**

Механическая желтуха

**Задача 21**

Гемолитическая желтуха.

**Задача 22**

Паренхиматозная желтуха.

Задача 23

1. В данном случае имеется небольшое снижение числа эритроцитов при нормальной лейкоцитарной формуле крови. Число тромбоцитов снижено значительно (норма 250 – 300 тысяч), что и обусловило наличие у больной геморрагического синдрома. В сочетании с клинической картиной в данном случае можно думать о болезни Верльгофа.

2. УЗИ внутренних органов, печени, селезенки.

3. Снижение содержания тромбоцитов является одной из причин геморрагического синдрома. Другими причинами могут быть нарушения свертывающей системы и проницаемости сосудистой стенки.

**Задача 24**

1. Получив такой анализ крови, врач должен обратить внимание на состояние красной и белой крови. Обнаружено увеличение количества лейкоцитов до 150000, причем основная масса их представлена лимфоцитами. Имеется небольшое количество молодых клеток – лимфобластов. Такие изменения характерны для хронического лимфолейкоза. Со стороны красной крови имеется гипохромная анемия (снижено количество эритроцитов, гемоглобина, цветовой показатель меньше 1,0). Явление анемии присоединяется обычно в терминальном периоде.

2. УЗИ внутренних органов, печени, селезенки, стернальная пункция.

3. Полиорганная недостаточность.

**Задача 25**

В обоих случаях отмечено снижение эритроцитов и гемоглобина, т.е. имеется анемия. Однако имеется целый ряд различий.Так в случае А снижен и цветовой показатель, т.е. анемия носит гипохромный характер.

В случае Б цветовой показатель увеличен, т.е. анемия гиперхромная.

Увеличенное содержание ретикулоцитов в обоих анализах свидетельствует о хорошей регенераторной функции костного мозга. Существенным различием является морфологическая особенность клеток крови. В первом случае помимо нормальных клеток крови выявлены нормобласты, что указывает на нормобластический тип кроветворения. Во втором случае найдены мегалобласты и мегалоциты, что встречается при мегалобластическом типе кроветворения.

При анемиях нередко меняется величина эритроцитов, что носит название анизоцитоза. Нередко наряду с анизоцитозом отмечается изменение их формы – пойкилоцитоз. Анизоцитоз и пойкилоцитоз чаще всего встречаются при мегалобластической анемии, обусловленной дефицитом витамина В12.

Известно, что при отсутствии соляной кислоты и пепсина в желудочном соке

плохо усваиваются соли железа, витамин В12 и другие. При этом возможно развитие гипохромной (железодефицитной) анемии и гиперхромной (В12 – дефицитной) анемии.

**Задача 26**

В крови отмечается увеличение содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Лейкоцитарная формула не изменена. Цветовой показатель меньше единицы. За счет увеличения содержания клеток крови и соответственно вязкости крови СОЭ замедлена. Такое сочетание изменений характерно для эритремии (болезни Вакеза).

**Задача 27**

В данном случае имеется небольшое снижение числа эритроцитов при нормальной лейкоцитарной формуле крови. Число тромбоцитов снижено значительно (норма 250 – 300 тысяч), что и обусловило наличие у больной геморрагического синдрома. В сочетании с клинической картиной в данном случае можно думать о болезни Верльгофа.

Снижение содержания тромбоцитов является одной из причин геморрагического синдрома. Другими причинами могут быть нарушения свертывающей системы и проницаемости сосудистой стенки.

**Задача 28**

В крови увеличено содержание лейкоцитов, абсолютное большинство их приходится на гранулоциты, наряду со зрелыми клетками выявлены юные клетки, миелоциты, промиелоциты, миелобласты, что встречается при хроническом миелолейкозе. Параллельно отмечены изменения в красной крови (уменьшено количество эритроцитов, гемоглобина, снижен цветовой показатель), которые укладываются в гипохромную анемию. Наряду с этим отмечено увеличение СОЭ.

Такие изменения характерны для выраженной стадии хронического миелолейкоза.

**Задача 29**

Получив такой анализ крови, врач должен обратить внимание на состояние красной и белой крови. Обнаружено увеличение количества лейкоцитов до 150000, причем основная масса их представлена лимфоцитами. Имеется небольшое количество молодых клеток – лимфобластов. Такие изменения характерны для хронического лимфолейкоза.

Со стороны красной крови имеется гипохромная анемия (снижено количество эритроцитов, гемоглобина, цветовой показатель меньше 1,0). Явление анемии присоединяется обычно в терминальном периоде.

**Задача 30**

Обращает внимание содержание большого количества лейкоцитов, причем 80 % их составляют молодые, незрелые клетки. Между ними и зрелыми лейкоцитами имеется hiatus leucaemicus – т.е. лейкемический провал. Такая картина крови типична для острого миелолейкоза.

За счет бурного размножения эритробластов из костного мозга у больных происходит снижение количества эритроцитов.

**Задача 31**

Со стороны красной крови патологии нет. Имеется увеличение количества лейкоцитов до 15000 со сдвигом формулы влево (увеличение числа палочкоядерных клеток), увеличение СОЭ. На основании таких данных можно заподозрить воспалительный процесс в организме, локализацию которого необходимо устанавливать дополнительными методами.

**Задача 32**

В данном случае со стороны красной крови отклонений от нормы нет. СОЭ в пределах нормы. Изменена только лейкоформула за счет увеличения эозинофилов. Как известно, количество эозинофилов возрастает при аллергических процессах, глистной инвазии. Сочетание клинической картины с таким анализом позволяет предположить бронхиальную астму, в основе которой лежит какой-то аллерген (атопическая астма). Подтверждением этого будет обнаружение в мокроте эозинофилов, кристалов Шарко-Лейдена, спиралей Куршмана.

**Задача 33**

Медицинская сестра не имела права передавать всю ту информацию, которой владеют специалисты и должна была ответить следующим образом: «Я с удовольствием бы обсудила с вами эту тему, я понимаю, что вам важно знать все это, но, к сожалению, я не владею информацией в полном объеме, поэтому рекомендую вам поговорить об этом с вашим доктором».

**Задача 34**

Отказ врача в госпитализации больного не может быть мотивирован предпочтением одного пациента другому на основании какого-либо признака (национальность, возраст, прогноз заболевания и т.п.), что нарушает базовые этические и деонтологические правила в медицине. Он обязан был оказать неотложную медицинскую помощь как можно быстрее, рассмотрев возможность применения тромболитической терапии.

**Задача 35**

Диспетчер скорой медицинской помощи должен действовать согласно своим должностным инструкциям. Бросать трубку и не отвечать на звонки является грубым нарушением профессиональных обязанностей.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий.

Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий.

Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

**Пакет тестовых заданий для** **проведения промежуточной аттестации**

Выберете правильный вариант ответа

1. ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ «ЛИЦА КОРВИЗАРА»:

1) ли­цо одут­ло­ва­тое, циа­но­тич­ное, от­ме­ча­ют­ся рез­кое на­бу­ха­ние вен

шеи, вы­ра­жен­ный циа­ноз и отек шеи

2) от­ме­ча­ет­ся вы­ра­жен­ный циа­ноз губ, кон­чи­ка но­са, под­бо­род­ка,

ушей, циа­но­тич­ный ру­мя­нец щек

3) ли­цо мерт­вен­но-блед­ное с се­ро­ва­тым от­тен­ком, гла­за за­пав­шие, за-­

ост­рен­ный нос, на лбу ка­п­ли хо­лод­но­го про­фуз­но­го по­та

4) ли­цо одут­ло­ва­тое, блед­ное, оте­ки под гла­за­ми, ве­ки на­бух­шие, глаз­-

ные ще­ли уз­кие

5) ли­цо одут­ло­ва­тое, жел­то­ва­то-блед­ное с от­чет­ли­вым циа­но­ти­че­ским

от­тен­ком, рот по­сто­ян­но по­лу­от­крыт, гу­бы циа­но­тич­ные, гла­за сли­-

паю­щие­ся, туск­лые

1. ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ «ВОРОТНИКА СТОКСА» :

1) ли­цо одут­ло­ва­тое, циа­но­тич­ное, от­ме­ча­ют­ся рез­кое на­бу­ха­ние вен

шеи, вы­ра­жен­ный циа­ноз и отек шеи

2) от­ме­ча­ет­ся вы­ра­жен­ный циа­ноз губ, кон­чи­ка но­са, под­бо­род­ка,

ушей, циа­но­тич­ный ру­мя­нец щек

3) ли­цо мерт­вен­но-блед­ное с се­ро­ва­тым от­тен­ком, гла­за за­пав­шие, за­-

ост­рен­ный нос, на лбу ка­п­ли хо­лод­но­го про­фуз­но­го по­та

4) ли­цо одут­ло­ва­тое, блед­ное, оте­ки под гла­за­ми, ве­ки на­бух­шие,

глаз­ные ще­ли уз­кие

5) ли­цо одут­ло­ва­тое, жел­то­ва­то-блед­ное с от­чет­ли­вым циа­но­ти­че­ским

от­тен­ком, рот по­сто­ян­но по­лу­от­крыт, гу­бы циа­но­тич­ные, гла­за

сли­паю­щие­ся, туск­лые

1. ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ «FACIES NEPHRITICA»:

1) ли­цо одут­ло­ва­тое, циа­но­тич­ное, от­ме­ча­ют­ся рез­кое на­бу­ха­ние вен

шеи, вы­ра­жен­ный циа­ноз и отек шеи

2) от­ме­ча­ет­ся вы­ра­жен­ный циа­ноз губ, кон­чи­ка но­са, под­бо­род­ка,

ушей, циа­но­тич­ный ру­мя­нец щек

3) ли­цо мерт­вен­но-блед­ное с се­ро­ва­тым от­тен­ком, гла­за за­пав­шие,

за­ост­рен­ный нос, на лбу ка­п­ли хо­лод­но­го про­фуз­но­го по­та

4) ли­цо одут­ло­ва­тое, блед­ное, оте­ки под гла­за­ми, ве­ки на­бух­шие,

глаз­ные ще­ли уз­кие

5) ли­цо одут­ло­ва­тое, жел­то­ва­то-блед­ное с от­чет­ли­вым циа­но­ти­че­ским

от­тен­ком, рот по­сто­ян­но по­лу­от­крыт, гу­бы циа­но­тич­ные, гла­за

сли­паю­щие­ся, туск­лые

1. ДАЙТЕ ОПИСАНИЕ «ЛИЦА ГИППОКРАТА»:

1) ли­цо одут­ло­ва­тое, циа­но­тич­ное, от­ме­ча­ют­ся рез­кое на­бу­ха­ние вен

шеи, вы­ра­жен­ный циа­ноз и отек шеи

2) от­ме­ча­ет­ся вы­ра­жен­ный циа­ноз губ, кон­чи­ка но­са, под­бо­род­ка,

ушей, циа­но­тич­ный ру­мя­нец щек

3) ли­цо мерт­вен­но-блед­ное с се­ро­ва­тым от­тен­ком, гла­за за­пав­шие,

за­ост­рен­ный нос, на лбу ка­п­ли хо­лод­но­го про­фуз­но­го по­та

4) ли­цо одут­ло­ва­тое, блед­ное, оте­ки под гла­за­ми, ве­ки на­бух­шие,

глаз­ные ще­ли уз­кие

5) ли­цо одут­ло­ва­тое, жел­то­ва­то-блед­ное с от­чет­ли­вым циа­но­ти­че­ским

от­тен­ком, рот по­сто­ян­но по­лу­от­крыт, гу­бы циа­но­тич­ные, гла­за

сли­паю­щие­ся, туск­лые

1. У БОЛЬНОГО ИМЕЮТСЯ СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В ПРЕДЕЛАХ 36,6 – 40,2 °С. ПОВЫШЕНИЮ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРЕДШЕСТВУЕТ СИЛЬНЫЙ ОЗНОБ; СНИЖЕНИЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ИЗНУРЯЮЩИМ ПОТООТДЕЛЕНИЕМ. УКАЖИТЕ ТИП ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ:

|  |
| --- |
| https://studfiles.net/html/735/67/html_Rms33rqXSq.J0Z4/img-qVgWRQ.png |

1) febris intermittens

2) febris continua

3) febris remittens

4) febris rec­curens

5) febris hec­tica

1. У БОЛЬНОГО ОТМЕЧАЮТСЯ СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ В ПРЕДЕЛАХ 37,0-39,0 °С. УКАЖИТЕ ТИП ТЕМПЕРАТУРНОЙ КРИВОЙ:

|  |
| --- |
| https://studfiles.net/html/735/67/html_Rms33rqXSq.J0Z4/img-HRYHdx.png |

1) febris intermittens

2) febris remittens

3) febris hectica

4) febris con­tinua

5) febris rec­curens

1. ОБЪЯСНИТЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ СИМПТОМОВ «СОСУДИСТЫЕ ЗВЕЗДОЧКИ» И «ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЛАДОНИ», ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ:

1) ге­мор­ра­ги­че­ский син­дром

2) обез­во­жи­ва­ние ор­га­низ­ма

3) ги­пе­рэ­ст­ро­ге­не­мия

4) си­де­ро­пе­ни­че­ский син­дром

5) на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской функ­ции пе­че­ни

1. ОБЪЯСНИТЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ КОЙЛОНИХИЙ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ:

1) ге­мор­ра­ги­че­ский син­дром

2) обез­во­жи­ва­ние ор­га­низ­ма

3) ги­пе­рэ­ст­ро­ге­не­мия

4) си­де­ро­пе­ни­че­ский син­дром

5) на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской функ­ции пе­че­ни

1. ОБЪЯСНИТЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ГИНЕКОМАСТИИ У МУЖЧИН, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ОБЩЕМ ОСМОТРЕ:

1) ге­мор­ра­ги­че­ский син­дром

2) обез­во­жи­ва­ние ор­га­низ­ма

3) ги­пе­рэ­ст­ро­ге­не­мия

4) си­де­ро­пе­ни­че­ский син­дром

5) на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской функ­ции пе­че­ни

1. ОБЪ­ЯС­НИ­ТЕ ПРО­ИС­ХО­Ж­ДЕ­НИЕ СНИ­ЖЕ­НИЯ ТУР­ГО­РА КО­ЖИ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МО­ГО ПРИ ОБ­ЩЕМ ОС­МОТ­РЕ:

1) ге­мор­ра­ги­че­ский син­дром

2) обез­во­жи­ва­ние ор­га­низ­ма

3) ги­пе­рэ­ст­ро­ге­не­мия

4) си­де­ро­пе­ни­че­ский син­дром

5) на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской функ­ции пе­че­ни

1. ОБЪ­ЯС­НИ­ТЕ ПРО­ИС­ХО­Ж­ДЕ­НИЕ АН­ГУ­ЛЯР­НО­ГО СТО­МА­ТИ­ТА И ТРЕ­ЩИН КО­ЖИ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫХ ПРИ ОБ­ЩЕМ ОС­МОТ­РЕ:

1) ге­мор­ра­ги­че­ский син­дром

2) обез­во­жи­ва­ние ор­га­низ­ма

3) ги­пе­рэ­ст­ро­ге­не­мия

4) си­де­ро­пе­ни­че­ский син­дром

5) на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской функ­ции пе­че­ни

1. ИЗ­МЕ­НИТ­СЯ ЛИ ЦВЕТ КОЖ­НЫХ ПО­КРО­ВОВ У БОЛЬ­НО­ГО С

ТЯЖЕ­ЛОЙ ПРА­ВО­ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КО­ВОЙ СЕР­ДЕЧ­НОЙ НЕ­ДОС­ТА­-

ТОЧ­НО­СТЬЮ В СО­ЧЕ­ТА­НИИ С ВЫ­РА­ЖЕН­НОЙ АНЕ­МИ­ЕЙ (HB

50 Г/Л)?

* 1. поя­вит­ся блед­ность ко­жи и уме­рен­ный циа­ноз
  2. поя­вит­ся блед­ность ко­жи и вы­ра­жен­ный циа­ноз
  3. поя­вит­ся блед­ность ко­жи, но циа­но­за не бу­дет
  4. цвет ко­жи не из­ме­нит­ся
  5. поя­вит­ся блед­ность ко­жи и циа­но­ти­че­ский ру­мя­нец на ще­ках

1. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ КЛЕТ­КИ ПРИ ЗА­КРЫ­ТОМ ПНЕВ­МО­ТО­РАК­СЕ:
   1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
   2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и

сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков

3) толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки

4) ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка

5) уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной

клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых

от­де­лах с обе­их сто­рон

1. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ КЛЕТ­КИ ПРИ ЭМ­ФИ­ЗЕ­МЕ ЛЕГ­КИХ:
   1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
   2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и

сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков

3) толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки

4) ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка

5) уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной

клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых

от­де­лах с обе­их сто­рон

1. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ КЛЕТ­КИ ПРИ ФИБ­РО­ТО­РАК­СЕ (ЗА­РА­ЩЕ­НИИ ПЛЕВ­РАЛЬ­НОЙ ПО­ЛОС­ТИ):
   1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
   2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и

сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков

* 1. толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки
  2. ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка
  3. уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной

клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых от­де­лах с обе­их сто­рон

1. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ

КЛЕТ­КИ ПРИ ОБ­ТУ­РА­ЦИ­ОН­НОМ АТЕ­ЛЕК­ТА­ЗЕ:

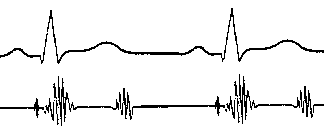
* 1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
  2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков
  3. толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки
  4. ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка
  5. уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых от­де­лах с обе­их сто­рон

1. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ КЛЕТ­КИ ПРИ ВОС­ПА­ЛИ­ТЕЛЬ­НОМ УП­ЛОТ­НЕ­НИИ ДО­ЛИ ЛЕГ­КО­ГО:
   1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
   2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков
   3. толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки
   4. ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка
   5. уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых от­де­лах с обе­их сто­рон
2. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ КЛЕТ­КИ ПРИ ОД­НО­СТО­РОН­НЕМ ГИД­РО­ТО­РАК­СЕ:
   1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
   2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков
   3. толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки
   4. ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка
   5. уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых от­де­лах с обе­их сто­рон
3. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ГРУД­НОЙ КЛЕТ­КИ ПРИ ОД­НО­СТО­РОН­НЕМ ГИД­РО­ТО­РАК­СЕ:
   1. умень­ше­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки, ее за­па­де­ние и от­ста­ва­ние в ды­ха­нии
   2. от­ста­ва­ние в ды­ха­нии, уве­ли­че­ние по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки и сгла­жи­ва­ние меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков
   3. толь­ко от­ста­ва­ние в ды­ха­нии по­ло­ви­ны груд­ной клет­ки
   4. ги­пер­сте­ни­че­ская груд­ная клет­ка
   5. уве­ли­че­ние пе­ред­не-зад­не­го и по­пе­реч­но­го раз­ме­ров груд­ной клет­ки, втя­же­ния меж­ре­бер­ных про­ме­жут­ков в ниж­не­бо­ко­вых от­де­лах с обе­их сто­рон
4. КА­КАЯ РАЗ­НО­ВИД­НОСТЬ ОДЫШ­КИ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НА ПРИ УМЕНЬ­ШЕ­НИИ ЧУВ­СТ­ВИ­ТЕЛЬ­НО­СТИ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НО­ГО ЦЕН­ТРА ВСЛЕД­СТ­ВИЕ ТОК­СИ­ЧЕ­СКИХ ВОЗ­ДЕЙ­СТ­ВИЙ НА ЦНС?
   1. стри­до­роз­ное ды­ха­ние
   2. экс­пи­ра­тор­ная одыш­ка
   3. ды­ха­ние Кус­смау­ля или ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса
   4. ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса или ды­ха­ние Био­та
   5. ин­спи­ра­тор­ная одыш­ка
5. КА­КАЯ РАЗ­НО­ВИД­НОСТЬ ОДЫШ­КИ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НА ПРИ УМЕНЬ­ШЕ­НИИ ЧУВ­СТ­ВИ­ТЕЛЬ­НО­СТИ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НО­ГО ЦЕН­ТРА ВСЛЕД­СТ­ВИЕ ПЕР­ВИЧ­НЫХ ПО­РА­ЖЕ­НИЙ ГО­ЛОВ­НО­ГО МОЗ­ГА (ИН­СУЛЬТ, ОТЕК МОЗ­ГА, АГО­НИЯ)?
   1. стри­до­роз­ное ды­ха­ние
   2. экс­пи­ра­тор­ная одыш­ка
   3. ды­ха­ние Кус­смау­ля или ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса
   4. ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса или ды­ха­ние Био­та
   5. ин­спи­ра­тор­ная одыш­ка
6. КА­КАЯ РАЗ­НО­ВИД­НОСТЬ ОДЫШ­КИ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НА ПРИ НА­ЛИ­ЧИИ ПРЕ­ПЯТ­СТ­ВИЙ В ВЕРХ­НИХ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫХ ПУ­ТЯХ?
   1. стри­до­роз­ное ды­ха­ние
   2. экс­пи­ра­тор­ная одыш­ка
   3. ды­ха­ние Кус­смау­ля или ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса
   4. ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса или ды­ха­ние Био­та
   5. ин­спи­ра­тор­ная одыш­ка
7. КА­КАЯ РАЗ­НО­ВИД­НОСТЬ ОДЫШ­КИ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НА ПРИ СПАЗ­МАХ МЕЛ­КИХ БРОН­ХОВ?
   1. стри­до­роз­ное ды­ха­ние
   2. экс­пи­ра­тор­ная одыш­ка
   3. ды­ха­ние Кус­смау­ля или ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса
   4. ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса или ды­ха­ние Био­та
   5. ин­спи­ра­тор­ная одыш­ка
8. КА­КАЯ РАЗ­НО­ВИД­НОСТЬ ОДЫШ­КИ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НА ПРИ ЭКС­СУ­ДА­ТИВ­НОМ ПЛЕВ­РИ­ТЕ ИЛИ ГИД­РО­ТО­РАК­СЕ?
   1. стри­до­роз­ное ды­ха­ние
   2. экс­пи­ра­тор­ная одыш­ка
   3. ды­ха­ние Кус­смау­ля или ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса
   4. ды­ха­ние Чей­на-Сто­кса или ды­ха­ние Био­та
   5. ин­спи­ра­тор­ная одыш­ка
9. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ СУ­ХОМ ПЛЕВ­РИ­ТЕ?
   1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
   2. яс­ный ле­гоч­ный
   3. тим­па­ни­че­ский
   4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
   5. ко­ро­боч­ный звук
10. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ГИД­РО­ТО­РАК­СЕ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
11. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ОБ­ТУ­РА­ЦИ­ОН­НОМ АТЕ­ЛЕК­ТА­ЗЕ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
12. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ВОС­ПА­ЛИ­ТЕЛЬ­НОМ УП­ЛОТ­НЕ­НИИ ЛЕ­ГОЧ­НОЙ ТКА­НИ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
13. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ НА­ЧАЛЬ­НОЙ СТА­ДИИ ВОС­ПА­ЛЕ­НИЯ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
14. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ФИБ­РО­ТО­РАК­СЕ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
15. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ КОМ­ПРЕС­СИ­ОН­НОМ АТЕ­ЛЕК­ТА­ЗЕ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
16. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ЭМ­ФИ­ЗЕ­МЕ ЛЕГ­КИХ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
17. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ПНЕВ­МО­ТО­РАК­СЕ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
18. КА­КОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НЫЙ ЗВУК ПО­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ОСТ­РОМ НЕ­ОБ­СТРУК­ТИВ­НОМ БРОН­ХИ­ТЕ?
    1. аб­со­лют­но ту­пой (бед­рен­ный) или при­ту­п­лен­ный
    2. яс­ный ле­гоч­ный
    3. тим­па­ни­че­ский
    4. при­ту­п­ле­ние с тим­па­ни­че­ским от­тен­ком
    5. ко­ро­боч­ный
19. С КА­КОЙ ЦЕ­ЛЬЮ ИС­ПОЛЬ­ЗУ­ЕТ­СЯ ДО­ПОЛ­НИ­ТЕЛЬ­НЫЙ ПРИ­ЕМ ПРИ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЛЕГ­КИХ – ПО­КАШ­ЛИ­ВА­НИЕ?
    1. для от­ли­чия шу­ма тре­ния плев­ры от кре­пи­та­ции и хри­пов
    2. для вы­яв­ле­ния скры­той брон­хи­аль­ной об­струк­ции
    3. с це­лью от­ли­чить су­хие хри­пы от влаж­ных хри­пов
    4. с це­лью от­ли­чить хри­пы от кре­пи­та­ции или шу­ма тре­ния плев­ры
    5. для луч­ше­го вы­слу­ши­ва­ния па­то­ло­ги­че­ско­го брон­хи­аль­но­го ды­ха­ния
20. С КА­КОЙ ЦЕ­ЛЬЮ ИС­ПОЛЬ­ЗУ­ЕТ­СЯ ДО­ПОЛ­НИ­ТЕЛЬ­НЫЙ ПРИ­ЕМ ПРИ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЛЕГ­КИХ – ФОР­СИ­РО­ВАН­НЫЙ ВЫ­ДОХ?
    1. с це­лю от­ли­чить шум тре­ния плев­ры от кре­пи­та­ции и хри­пов
    2. для вы­яв­ле­ния скры­той брон­хи­аль­ной об­струк­ции
    3. с це­лью от­ли­чить су­хие хри­пы от влаж­ных хри­пов
    4. с це­лью от­ли­чить хри­пы от кре­пи­та­ции или шу­ма тре­ния плев­ры
    5. для луч­ше­го вы­слу­ши­ва­ния па­то­ло­ги­че­ско­го брон­хи­аль­но­го ды­ха­ния
21. С КА­КОЙ ЦЕ­ЛЬЮ ИС­ПОЛЬ­ЗУ­ЕТ­СЯ ДО­ПОЛ­НИ­ТЕЛЬ­НЫЙ ПРИ­ЕМ ПРИ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЛЕГ­КИХ – НА­ДАВ­ЛИ­ВА­НИЕ СТЕ­ТО­СКО­ПОМ НА ГРУД­НУЮ КЛЕТ­КУ?
    1. с це­лью от­ли­чить шум тре­ния плев­ры от кре­пи­та­ции и хри­пов
    2. для вы­яв­ле­ния скры­той брон­хи­аль­ной об­струк­ции
    3. с це­лю от­ли­чить су­хие хри­пы от влаж­ных хри­пов
    4. с це­лью от­ли­чить хри­пы от кре­пи­та­ции или шу­ма тре­ния плев­ры
    5. для луч­ше­го вы­слу­ши­ва­ния па­то­ло­ги­че­ско­го брон­хи­аль­но­го ды­ха­ния
22. С КА­КОЙ ЦЕ­ЛЬЮ ИС­ПОЛЬ­ЗУ­ЕТ­СЯ ДО­ПОЛ­НИ­ТЕЛЬ­НЫЙ ПРИ­ЕМ ПРИ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЛЕГ­КИХ – ИМИ­ТА­ЦИЯ ВДО­ХА ПРИ СОМК­НУ­ТОЙ ГО­ЛО­СО­ВОЙ ЩЕ­ЛИ?
    1. с це­лью от­ли­чить шум тре­ния плев­ры от кре­пи­та­ции и хри­пов
    2. для вы­яв­ле­ния скры­той брон­хи­аль­ной об­струк­ции
    3. с це­лью от­ли­чить су­хие хри­пы от влаж­ных хри­пов
    4. с це­лью от­ли­чить хри­пы от кре­пи­та­ции или шу­ма тре­ния плев­ры
    5. для луч­ше­го вы­слу­ши­ва­ния па­то­ло­ги­че­ско­го брон­хи­аль­но­го ды­ха­ния
23. УКА­ЖИ­ТЕ ОС­НОВ­НОЙ МЕ­ХА­НИЗМ ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЯ ПА­ТО­ЛО­ГИ­ЧЕ­СКО­ГО БРОН­ХИ­АЛЬ­НО­ГО ДЫ­ХА­НИЯ:
    1. сни­же­ние эла­стич­но­сти ле­гоч­ной тка­ни
    2. про­ве­де­ние на по­верх­ность груд­ной клет­ки ла­рин­го-тра­хе­аль­но­го ды­ха­ния (с из­ме­не­ни­ем его тем­бра) при уп­лот­не­нии лег­ко­го или на­ли­чии в нем по­лос­ти, со­еди­нен­ной с брон­хом
    3. су­же­ние брон­хов (спазм, вяз­кая мок­ро­та)
    4. на­ли­чие не­боль­шо­го оча­га уп­лот­не­ния ле­гоч­ной тка­ни, ок­ру­жен­но­го не­из­ме­нен­ны­ми аль­ве­о­ла­ми
    5. уси­ле­ние ко­ле­ба­ний стен­ки аль­ве­ол при ды­ха­нии
24. УКА­ЖИ­ТЕ ОС­НОВ­НОЙ МЕ­ХА­НИЗМ ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЯ ЖЕ­СТ­КО­ГО ДЫ­ХА­НИЯ:
    1. сни­же­ние эла­стич­но­сти ле­гоч­ной тка­ни
    2. про­ве­де­ние на по­верх­ность груд­ной клет­ки ла­рин­го-тра­хе­аль­но­го ды­ха­ния (с из­ме­не­ни­ем его тем­бра) при уп­лот­не­нии лег­ко­го или на­ли­чии в нем по­лос­ти, со­еди­нен­ной с брон­хом
    3. су­же­ние брон­хов (спазм, вяз­кая мок­ро­та)
    4. на­ли­чие не­боль­шо­го оча­га уп­лот­не­ния ле­гоч­ной тка­ни, ок­ру­жен­но­го не­из­ме­нен­ны­ми аль­ве­о­ла­ми
    5. уси­ле­ние ко­ле­ба­ний стен­ки аль­ве­ол при ды­ха­нии
25. УКА­ЖИ­ТЕ ОС­НОВ­НОЙ МЕ­ХА­НИЗМ ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЯ БРОН­ХО­ВЕ­ЗИ­КУ­ЛЯР­НО­ГО ДЫ­ХА­НИЯ:
    1. сни­же­ние эла­стич­но­сти ле­гоч­ной тка­ни
    2. про­ве­де­ние на по­верх­ность груд­ной клет­ки ла­рин­го-тра­хе­аль­но­го ды­ха­ния (с из­ме­не­ни­ем его тем­бра) при уп­лот­не­нии лег­ко­го или на­ли­чии в нем по­лос­ти, со­еди­нен­ной с брон­хом
    3. су­же­ние брон­хов (спазм, вяз­кая мок­ро­та)
    4. на­ли­чие не­боль­шо­го оча­га уп­лот­не­ния ле­гоч­ной тка­ни, ок­ру­жен­но­го не­из­ме­нен­ны­ми аль­ве­о­ла­ми
    5. уси­ле­ние ко­ле­ба­ний стен­ки аль­ве­ол при ды­ха­нии
26. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ЭКС­СУ­ДА­ТИВ­НОМ ПЛЕВ­РИ­ТЕ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
27. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ НА­ЛИ­ЧИИ ПО­ЛОС­ТИ, СО­ЕДИ­НЯЮ­ЩЕЙ­СЯ С БРОН­ХОМ (ДИА­МЕТ­РОМ МЕ­НЕЕ 5 СМ)?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    3. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
28. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ НА­ЛИ­ЧИИ ГЛАД­КО­СТЕН­НОЙ ПО­ЛОС­ТИ, СО­ЕДИ­НЯЮ­ЩЕЙ­СЯ С БРОН­ХОМ (ДИА­МЕТ­РОМ БО­ЛЕЕ 5 СМ)?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
29. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ДО­ЛЕ­ВОМ ВОС­ПА­ЛИ­ТЕЛЬ­НОМ УП­ЛОТ­НЕ­НИИ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
30. КА­КОЙ ОСНОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ НА­ЧАЛЬ­НОЙ СТА­ДИИ ВОС­ПА­ЛЕ­НИЯ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
31. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ЗА­КРЫ­ТОМ ПНЕВ­МО­ТО­РАК­СЕ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
32. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ОБ­ТУ­РА­ЦИ­ОН­НОМ АТЕ­ЛЕК­ТА­ЗЕ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
33. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ СУ­ЖЕ­НИИ МЕЛ­КИХ БРОН­ХОВ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
34. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ГИД­РО­ТО­РАК­СЕ:
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
35. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ИН­ТЕР­СТИ­ЦИ­АЛЬ­НОМ ОТЕ­КЕ ЛЕГ­КИХ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
36. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ КОМ­ПРЕС­СИ­ОН­НОМ АТЕ­ЛЕК­ТА­ЗЕ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
37. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ЗА­РА­ЩЕ­НИИ ПЛЕВ­РАЛЬ­НОЙ ПО­ЛОС­ТИ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
38. КА­КОЙ ОС­НОВ­НОЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ НАИ­БО­ЛЕЕ ЧАС­ТО ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ ЭМ­ФИ­ЗЕ­МЕ ЛЕГ­КИХ?
    1. ос­лаб­лен­ное или ос­лаб­лен­ное ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
    2. ам­фо­ри­че­ское ды­ха­ние
    3. брон­хи­аль­ное ды­ха­ние
    4. же­ст­кое ды­ха­ние
    5. сме­шан­ное брон­хо­ве­зи­ку­ляр­ное ды­ха­ние
39. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ ВЛАЖ­НЫХ КРУП­НО­ПУ­ЗЫР­ЧА­ТЫХ ХРИ­ПОВ?
    1. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    2. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
    3. жид­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах или по­лос­тях, со­об­щаю­щих­ся с брон­хом
    4. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах при со­хра­нен­ной воз­душ­но­сти ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
    5. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и вос­па­ли­тель­ное уп­лот­не­ние ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
40. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ ВЛАЖ­НЫХ МЕЛ­КО­ПУ­ЗЫР­ЧА­ТЫХ НЕ­ЗВОН­КИХ ХРИ­ПОВ?
    1. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    2. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
    3. жид­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах или по­лос­тях, со­об­щаю­щих­ся с брон­хом
    4. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах при со­хра­нен­ной воз­душ­но­сти ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
    5. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и вос­па­ли­тель­ное уп­лот­не­ние ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
41. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ ВЛАЖ­НЫХ МЕЛ­КО­ПУ­ЗЫР­ЧА­ТЫХ ЗВОН­КИХ ХРИ­ПОВ?
    1. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    2. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
    3. жид­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах или по­лос­тях, со­об­щаю­щих­ся с брон­хом
    4. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах при со­хра­нен­ной воз­душ­но­сти ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
    5. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и вос­па­ли­тель­ное уп­лот­не­ние ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
42. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ СУ­ХИХ СВИ­СТЯ­ЩИХ (ДИС­КАН­ТО­ВЫХ) ХРИ­ПОВ?
    1. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    2. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
    3. жид­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах или по­лос­тях, со­об­щаю­щих­ся с брон­хом
    4. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах при со­хра­нен­ной воз­душ­но­сти ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
    5. жид­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и вос­па­ли­тель­ное уп­лот­не­ние ок­ру­жаю­щей ле­гоч­ной тка­ни
43. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ КРЕ­ПИ­ТА­ЦИИ?
    1. на­ли­чие в аль­ве­о­лах (при­сте­ноч­но) не­боль­шо­го ко­ли­че­ст­ва экс­су­да­та или транс­су­да­та
    2. вос­па­ле­ние ли­ст­ков плев­ры («су­хой» плев­рит)
    3. аль­ве­о­лы пол­но­стью за­пол­не­ны экс­су­да­том или транс­су­да­том
    4. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    5. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
44. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ СУ­ХИХ ЖУЖ­ЖА­ЩИХ (БА­СО­ВЫХ) ХРИ­ПОВ?
    1. на­ли­чие в аль­ве­о­лах (при­сте­ноч­но) не­боль­шо­го ко­ли­че­ст­ва экс­су­да­та или транс­су­да­та
    2. вос­па­ле­ние ли­ст­ков плев­ры («су­хой» плев­рит)
    3. аль­ве­о­лы пол­но­стью за­пол­не­ны экс­су­да­том или транс­су­да­том
    4. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    5. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
45. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ ШУ­МА ТРЕ­НИЯ ПЛЕВ­РЫ?
    1. на­ли­чие в аль­ве­о­лах (при­сте­ноч­но) не­боль­шо­го ко­ли­че­ст­ва экс­су­да­та или транс­су­да­та
    2. вос­па­ле­ние ли­ст­ков плев­ры («су­хой» плев­рит)
    3. аль­ве­о­лы пол­но­стью за­пол­не­ны экс­су­да­том или транс­су­да­том
    4. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    5. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
46. ЧЕМ ОБУ­СЛОВ­ЛЕ­НО ПО­ЯВ­ЛЕ­НИЕ СУ­ХИХ ДИС­КАН­ТО­ВЫХ ХРИ­ПОВ?
    1. на­ли­чие в аль­ве­о­лах (при­сте­ноч­но) не­боль­шо­го ко­ли­че­ст­ва экс­су­да­та или транс­су­да­та
    2. вос­па­ле­ние ли­ст­ков плев­ры («су­хой» плев­рит)
    3. аль­ве­о­лы пол­но­стью за­пол­не­ны экс­су­да­том или транс­су­да­том
    4. вяз­кая мок­ро­та в круп­ных брон­хах
    5. вяз­кая мок­ро­та в мел­ких брон­хах и/или их спазм
47. У БОЛЬ­НО­ГО НА ФО­НЕ СМЕ­ШАН­НО­ГО (БРОН­ХО­ВЕ­ЗИ­КУ­ЛЯР­НО­ГО) ДЫ­ХА­НИЯ ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПО­БОЧ­НЫЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ, ПО ХА­РАК­ТЕ­РУ ОЧЕНЬ НА­ПО­МИ­НАЮ­ЩИЙ ШУ­МЫ ТИ­ПА «CRAK­LES». ШУМ ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ В ОБЕ ФА­ЗЫ ДЫ­ХА­НИЯ, НО ЛУЧ­ШЕ НА ВДО­ХЕ, УМЕНЬ­ША­ЕТ­СЯ ПРИ ПО­КАШ­ЛИ­ВА­НИИ. ЧТО ЭТО ЗА ШУМ?
    1. су­хие хри­пы
    2. кре­пи­та­ция
    3. шум тре­ния плев­ры
    4. влаж­ные хри­пы
    5. плев­ро­пе­ри­кар­ди­аль­ные шу­мы
48. У БОЛЬ­НО­ГО НА ФО­НЕ БРОН­ХИ­АЛЬ­НО­ГО ДЫ­ХА­НИЯ В ОБЕ ФА­ЗЫ ДЫ­ХА­НИЯ ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ПО­БОЧ­НЫЙ ДЫ­ХА­ТЕЛЬ­НЫЙ ШУМ, ПО ХА­РАК­ТЕ­РУ ОЧЕНЬ НА­ПО­МИ­НАЮ­ЩИЙ ШУ­МЫ ТИ­ПА «RUB» ИЛИ НЕ­ПО­СТО­ЯН­НЫЕ «WHEEZES». ШУМ НЕ ИЗ­МЕ­НЯ­ЕТ­СЯ ПРИ ПО­КАШ­ЛИ­ВА­НИИ И УСИ­ЛИ­ВА­ЕТ­СЯ ПРИ НА­ДАВ­ЛИ­ВА­НИИ СТЕ­ТО­СКО­ПОМ НА ГРУД­НУЮ КЛЕТ­КУ. ЧТО ЭТО ЗА ШУМ?
    1. шум тре­ния плев­ры
    2. влаж­ные хри­пы
    3. су­хие хри­пы
    4. кре­пи­та­ция
    5. плев­ро­пе­ри­кар­ди­аль­ные шу­мы
49. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ ТРАК­ТОВ­КУ ДАН­НЫХ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ – КОН­ЦЕН­ТРИ­РО­ВАН­НЫЙ УСИ­ЛЕН­НЫЙ ВЕР­ХУ­ШЕЧ­НЫЙ ТОЛ­ЧОК В V МЕЖ­РЕ­БЕ­РЬЕ НА УРОВ­НЕ СРЕ­ДИН­НОК­ЛЮ­ЧИЧ­НОЙ ЛИ­НИИ:
    1. ги­пер­тро­фия ле­во­го же­лу­доч­ка без вы­ра­жен­ной его ди­ла­та­ции
    2. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция ле­во­го же­лу­доч­ка
    3. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция пра­во­го же­лу­доч­ка
    4. сра­ще­ние ли­ст­ков пе­ри­кар­да (слип­чи­вый пе­ри­кар­дит)
    5. пост­ин­фарк­т­ная анев­риз­ма пе­ред­ней стен­ки ле­во­го же­лу­доч­ка
50. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ ТРАК­ТОВ­КУ ДАН­НЫХ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ – РАЗ­ЛИ­ТОЙ ВЫ­СО­КИЙ (КУ­ПО­ЛО­ОБ­РАЗ­НЫЙ) ВЕР­ХУ­ШЕЧ­НЫЙ ТОЛ­ЧОК В VI МЕЖ­РЕ­БЕ­РЬЕ НА 2 СМ КНА­РУ­ЖИ ОТ СРЕ­ДИН­НОК­ЛЮ­ЧИЧ­НОЙ ЛИ­НИИ:
    1. ги­пер­тро­фия ле­во­го же­лу­доч­ка без вы­ра­жен­ной его ди­ла­та­ции
    2. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция ле­во­го же­лу­доч­ка
    3. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция пра­во­го же­лу­доч­ка
    4. сра­ще­ние ли­ст­ков пе­ри­кар­да (слип­чи­вый пе­ри­кар­дит)
    5. пост­ин­фарк­т­ная анев­риз­ма пе­ред­ней стен­ки ле­во­го же­лу­доч­ка
51. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ ТРАК­ТОВ­КУ ДАН­НЫХ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ – ОТ­РИ­ЦА­ТЕЛЬ­НЫЙ ВЕР­ХУ­ШЕЧ­НЫЙ ТОЛ­ЧОК (СИС­ТО­ЛИ­ЧЕ­СКОЕ ВТЯ­ГИ­ВА­НИЕ):
    1. ги­пер­тро­фия ле­во­го же­лу­доч­ка без вы­ра­жен­ной его ди­ла­та­ции
    2. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция ле­во­го же­лу­доч­ка
    3. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция пра­во­го же­лу­доч­ка
    4. сра­ще­ние ли­ст­ков пе­ри­кар­да (слип­чи­вый пе­ри­кар­дит)
    5. пост­ин­фарк­т­ная анев­риз­ма пе­ред­ней стен­ки ле­во­го же­лу­доч­ка
52. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ ТРАК­ТОВ­КУ ДАН­НЫХ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ – ВЫ­РА­ЖЕН­НЫЙ СЕР­ДЕЧ­НЫЙ ТОЛ­ЧОК И ЭПИ­ГА­СТ­РАЛЬ­НАЯ ПУЛЬ­СА­ЦИЯ:
    1. ги­пер­тро­фия ле­во­го же­лу­доч­ка без вы­ра­жен­ной его ди­ла­та­ции
    2. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция ле­во­го же­лу­доч­ка
    3. ги­пер­тро­фия и ди­ла­та­ция пра­во­го же­лу­доч­ка
    4. сра­ще­ние ли­ст­ков пе­ри­кар­да (слип­чи­вый пе­ри­кар­дит)
    5. пост­ин­фарк­т­ная анев­риз­ма пе­ред­ней стен­ки ле­во­го же­лу­доч­ка
53. ПРИ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ СЕРД­ЦА НА ВЕР­ХУШ­КЕ ВЫ­ЯВ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ДРО­ЖА­НИЕ, НЕ СОВ­ПА­ДАЮ­ЩЕЕ С ПУЛЬ­СА­ЦИ­ЕЙ A. CA­RO­TIS. ДЛЯ КА­КО­ГО ПО­РО­КА СЕРД­ЦА ЭТО ХА­РАК­ТЕР­НО?
    1. аор­таль­ная не­дос­та­точ­ность
    2. мит­раль­ная не­дос­та­точ­ность
    3. аор­таль­ный сте­ноз
    4. мит­раль­ный сте­ноз
    5. не­дос­та­точ­ность трех­створ­ча­то­го кла­па­на
54. КА­КИ­МИ МЕ­ТО­ДА­МИ МОЖ­НО ВЫ­ЯВИТЬ ГИ­ПЕР­ТРО­ФИЮ МИО­КАР­ДА ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ? А) ПАЛЬ­ПА­ЦИЯ СЕРД­ЦА; Б) ПЕР­КУС­СИЯ СЕРД­ЦА; В) ЭКГ; Г) ЭХОКГ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ КОМ­БИ­НА­ЦИЮ ОТ­ВЕ­ТОВ:
    1. а, в, г
    2. б, г
    3. в, г
    4. а, б, в, г
    5. а, б, г
55. КА­КИ­МИ МЕ­ТО­ДА­МИ МОЖ­НО ВЫ­ЯВИТЬ ГИ­ПЕР­ТРО­ФИЮ МИО­КАР­ДА ПРЕД­СЕР­ДИЙ? А) ПАЛЬ­ПА­ЦИЯ СЕРД­ЦА; Б) ПЕР­КУС­СИЯ СЕРД­ЦА; В) ЭКГ; Г) ЭХОКГ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ КОМ­БИ­НА­ЦИЮ ОТ­ВЕ­ТОВ:
    1. а, в, г
    2. б, г
    3. в, г

4) а, б, в, г

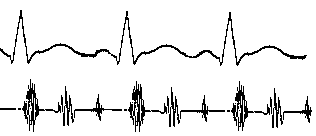
5) а, б, г

1. КА­КИ­МИ МЕ­ТО­ДА­МИ МОЖ­НО ВЫ­ЯВИТЬ ДИ­ЛА­ТА­ЦИЮ ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ? А) ПАЛЬ­ПА­ЦИЯ СЕРД­ЦА; Б) ПЕР­КУС­СИЯ СЕРД­ЦА; В) ЭКГ; Г) ЭХОКГ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ КОМ­БИ­НА­ЦИЮ ОТ­ВЕ­ТОВ
   1. а, в, г
   2. б, г
   3. в, г
   4. а, б, в, г
   5. а, б, г
2. КА­КИ­МИ МЕ­ТО­ДА­МИ МОЖ­НО ВЫ­ЯВИТЬ ДИ­ЛА­ТА­ЦИЮ ПРЕД­СЕР­ДИЙ А) ПАЛЬ­ПА­ЦИЯ СЕРД­ЦА; Б) ПЕР­КУС­СИЯ СЕРД­ЦА; В) ЭКГ; Г) ЭХОКГ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ПРА­ВИЛЬ­НУЮ КОМ­БИ­НА­ЦИЮ ОТ­ВЕ­ТОВ:
   1. а, в, г
   2. б, г
   3. в, г
   4. а, б, в, г
   5. а, б, г
3. КА­КИМ ОТ­ДЕ­ЛОМ СЕРД­ЦА ОБ­РА­ЗО­ВА­НА ПРА­ВАЯ ГРА­НИ­ЦА ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ?
   1. пра­вое пред­сер­дие
   2. пра­вый же­лу­до­чек
   3. ле­вый же­лу­до­чек
   4. уш­ко ле­во­го пред­сер­дия и conus pul­mon­alis
   5. аор­та (вос­хо­дя­щая часть)
4. КА­КИМ ОТ­ДЕ­ЛОМ СЕРД­ЦА ОБ­РА­ЗО­ВА­НА ЛЕ­ВАЯ ГРА­НИ­ЦА ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ?
   1. пра­вое пред­сер­дие
   2. пра­вый же­лу­до­чек
   3. ле­вый же­лу­до­чек
   4. уш­ко ле­во­го пред­сер­дия и conus pul­mon­alis
   5. аор­та (вос­хо­дя­щая часть)
5. КА­КИМ ОТ­ДЕ­ЛОМ СЕРД­ЦА ОБ­РА­ЗО­ВА­НА ВЕРХ­НЯЯ ГРА­НИ­ЦА ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ?
   1. пра­вое пред­сер­дие
   2. пра­вый же­лу­до­чек
   3. ле­вый же­лу­до­чек
   4. уш­ко ле­во­го пред­сер­дия и conus pul­mon­alis
   5. аор­та (вос­хо­дя­щая часть)
6. ДЛЯ КА­КОЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ ХА­РАК­ТЕР­НЫ СЛЕ­ДУЮ­ЩИЕ ВА­РИ­АН­ТЫ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЙ ГРА­НИЦ ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ СЕРД­ЦА: ПРА­ВАЯ ГРА­НИ­ЦА – НА 1 СМ ВПРА­ВО ОТ ПРА­ВО­ГО КРАЯ ГРУ­ДИ­НЫ, ЛЕ­ВАЯ – ПО ПЕ­РЕД­НЕЙ АК­СИЛ­ЛЯР­НОЙ ЛИ­НИИ, ВЕРХ­НЯЯ – III РЕБ­РО?
   1. мит­раль­ный сте­ноз
   2. мит­раль­ная не­дос­та­точ­ность
   3. не­дос­та­точ­ность трех­створ­ча­то­го кла­па­на
   4. аор­таль­ные по­ро­ки
   5. нор­ма
7. ДЛЯ КА­КОЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ ХА­РАК­ТЕР­НЫ СЛЕ­ДУЮ­ЩИЕ ВА­РИ­АН­ТЫ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЙ ГРА­НИЦ ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ СЕРД­ЦА: ПРА­ВАЯ ГРА­НИ­ЦА – НА 3 СМ ВПРА­ВО ОТ КРАЯ ГРУ­ДИ­НЫ, ЛЕ­ВАЯ – НА 1 СМ КНУТ­РИ ОТ ЛЕ­ВОЙ СРЕ­ДИН­НОК­ЛЮ­ЧИЧ­НОЙ ЛИ­НИИ, ВЕРХ­НЯЯ – ВЕРХ­НИЙ КРАЙ II РЕБ­РА?
   1. мит­раль­ный сте­ноз
   2. мит­раль­ная не­дос­та­точ­ность
   3. не­дос­та­точ­ность трех­створ­ча­то­го кла­па­на
   4. аор­таль­ные по­ро­ки
   5. нор­ма
8. ДЛЯ КА­КОЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ ХА­РАК­ТЕР­НЫ СЛЕ­ДУЮ­ЩИЕ ВА­РИ­АН­ТЫ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЙ ГРА­НИЦ ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ СЕРД­ЦА: ПРА­ВАЯ ГРА­НИ­ЦА – НА 1 СМ ВПРА­ВО ОТ КРАЯ ГРУ­ДИ­НЫ, ЛЕ­ВАЯ – НА 1 СМ КНУТ­РИ ОТ ЛЕ­ВОЙ СРЕ­ДИН­НОК­ЛЮ­ЧИЧ­НОЙ ЛИ­НИИ, ВЕРХ­НЯЯ – ВЕРХ­НИЙ КРАЙ III РЕБ­РА?
   1. мит­раль­ный сте­ноз
   2. мит­раль­ная не­дос­та­точ­ность
   3. не­дос­та­точ­ность трех­створ­ча­то­го кла­па­на
   4. аор­таль­ные по­ро­ки
   5. нор­ма
9. ДЛЯ КА­КОЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ ХА­РАК­ТЕР­НЫ СЛЕ­ДУЮ­ЩИЕ ВА­РИ­АН­ТЫ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЙ ГРА­НИЦ ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ СЕРД­ЦА: ПРА­ВАЯ ГРА­НИ­ЦА – НА 1 СМ ВПРА­ВО ОТ КРАЯ ГРУ­ДИ­НЫ, ЛЕ­ВАЯ – НА 2 СМ КНА­РУ­ЖИ ОТ ЛЕ­ВОЙ СРЕ­ДИН­НОК­ЛЮ­ЧИЧ­НОЙ ЛИ­НИИ, ВЕРХ­НЯЯ – II РЕБ­РО?
   1. мит­раль­ный сте­ноз
   2. мит­раль­ная не­дос­та­точ­ность
   3. не­дос­та­точ­ность трех­створ­ча­то­го кла­па­на
   4. аор­таль­ные по­ро­ки
   5. нор­ма
10. ПРИ КА­КИХ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ МО­ГУТ СОВ­ПА­ДАТЬ ЛЕ­ВЫЕ ГРА­НИ­ЦЫ АБ­СО­ЛЮТ­НОЙ И ОТ­НО­СИ­ТЕЛЬ­НОЙ ТУ­ПО­СТИ СЕРД­ЦА?
    1. аор­таль­ный сте­ноз
    2. аор­таль­ная не­дос­та­точ­ность
    3. мит­раль­ный сте­ноз
    4. мит­раль­ная не­дос­та­точ­ность
    5. ост­рый ин­фаркт мио­кар­да
11. КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЕ ПРИ ПЕР­КУС­СИИ СЕРД­ЦА, НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ МИТ­РАЛЬ­НОЙ КОН­ФИ­ГУ­РА­ЦИИ СЕРД­ЦА?
    1. «тре­уголь­ная» фор­ма серд­ца
    2. сме­ще­ние впра­во пра­вой гра­ни­цы
    3. сме­ще­ние вле­во ле­вой гра­ни­цы с под­черк­ну­той «та­ли­ей» серд­ца
    4. сме­ще­ние вверх верх­ней гра­ни­цы и сгла­жи­ва­ние «та­лии» серд­ца
    5. сме­ще­ние ле­вой гра­ни­цы вле­во и пра­вой – впра­во
12. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ПРИ­ЗНА­КИ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА PUL­SUS DI­FI­CIENS:
    1. рез­кое ос­лаб­ле­ние или от­сут­ст­вие пуль­са­ции на од­ной лу­че­вой ар­те­рии
    2. рез­кое умень­ше­ние ве­ли­чи­ны пуль­са на обе­их лу­че­вых ар­те­ри­ях
    3. чис­ло пуль­со­вых волн на лу­че­вой ар­те­рии боль­ше чис­ла сер­деч­ных со­кра­ще­ний
    4. чис­ло пуль­со­вых волн на лу­че­вой ар­те­рии мень­ше чис­ла сер­деч­ных со­кра­ще­ний
13. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ПРИ­ЗНА­КИ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА PUL­SUS DIF­FER­ENS:
    1. рез­кое ос­лаб­ле­ние или от­сут­ст­вие пуль­са­ции на од­ной лу­че­вой ар­те­рии
    2. рез­кое умень­ше­ние ве­ли­чи­ны пуль­са на обе­их лу­че­вых ар­те­ри­ях
    3. чис­ло пуль­со­вых волн на лу­че­вой ар­те­рии боль­ше чис­ла сер­деч­ных со­кра­ще­ний
    4. чис­ло пуль­со­вых волн на лу­че­вой ар­те­рии мень­ше чис­ла сер­деч­ных со­кра­ще­ний
14. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ПРИ­ЗНА­КИ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА PUL­SUS FILI­FOR­NIS:
    1. рез­кое ос­лаб­ле­ние или от­сут­ст­вие пуль­са­ции на од­ной лу­че­вой ар­те­рии
    2. рез­кое умень­ше­ние ве­ли­чи­ны пуль­са на обе­их лу­че­вых ар­те­ри­ях
    3. чис­ло пуль­со­вых волн на лу­че­вой ар­те­рии боль­ше чис­ла сер­деч­ных со­кра­ще­ний
    4. чис­ло пуль­со­вых волн на лу­че­вой ар­те­рии мень­ше чис­ла сер­деч­ных со­кра­ще­ний
15. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА ПРИ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ: СДАВ­ЛЕ­НИЕ КРУП­НЫХ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НЫХ СТВО­ЛОВ АНЕВ­РИЗ­МОЙ АОР­ТЫ, ОПУ­ХО­ЛЬЮ СРЕ­ДО­СТЕ­НИЯ, РЕЗ­КО УВЕ­ЛИ­ЧЕН­НЫМ ЛЕ­ВЫМ ПРЕД­СЕР­ДИ­ЕМ:
    1. pulsus dificiens
    2. pulsus filiformis
    3. pulsus differens
    4. pul­sus ple­nus
    5. pul­sus du­rus
16. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА ПРИ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ: МЕР­ЦА­ТЕЛЬ­НАЯ АРИТ­МИЯ ИЛИ ЧАС­ТАЯ ЭКС­Т­РА­СИС­ТО­ЛИЯ:
    1. pulsus dificiens
    2. pulsus filiformis
    3. pulsus differens
    4. pul­sus ple­nus
    5. pul­sus du­rus
17. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА ПРИ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ: ШОК, КОЛ­ЛАПС:
    1. pulsus dificiens
    2. pulsus filiformis
    3. pulsus differens
    4. pul­sus ple­nus
    5. pul­sus du­rus
18. УКА­ЖИ­ТЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НО­ГО ПУЛЬ­СА ПРИ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕЙ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКОЙ СИ­ТУА­ЦИИ: ВЫ­РА­ЖЕН­НЫЙ МИТ­РАЛЬ­НЫЙ СТЕ­НОЗ:
    1. pulsus dificiens
    2. pulsus filiformis
    3. pulsus differens
    4. pulsusplenus
    5. pul­sus du­rus
19. НИ­ЖЕ ПРИ­ВЕ­ДЕ­НО 7 НАИ­БО­ЛЕЕ ВАЖ­НЫХ ФАК­ТО­РОВ, УЧА­СТ­ВУЮ­ЩИХ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ ТО­НОВ СЕРД­ЦА: А) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ СИС­ТО­ЛЫ ПРЕД­СЕР­ДИЙ; Б) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ ИХ БЫ­СТ­РО­ГО НА­ПОЛ­НЕ­НИЯ; В) ПО­ЛО­ЖЕ­НИЕ СТВО­РОК АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПЕ­РЕД НА­ЧА­ЛОМ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКО­ГО СО­КРА­ЩЕ­НИЯ; Г) КО­ЛЕ­БА­НИЯ ПО­ЛУ­ЛУН­НЫХ КЛА­ПА­НОВ АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Д) БЫ­СТРОЕ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКОЕ СО­КРА­ЩЕ­НИЕ ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ; Е) КО­ЛЕ­БА­НИЯ АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Ж) ВИБ­РА­ЦИЯ СТЕ­НОК АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ В СА­МОМ НА­ЧА­ЛЕ ФА­ЗЫ ИЗ­ГНА­НИЯ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ИЗ ЭТИХ ФАК­ТО­РОВ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ ИМЕ­ЮТ ЗНА­ЧЕ­НИЕ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ I ТО­НА:
    1. б
    2. б, в, д, е
    3. а
    4. в, д, е, ж
    5. г
20. НИ­ЖЕ ПРИ­ВЕ­ДЕ­НО 7 НАИ­БО­ЛЕЕ ВАЖ­НЫХ ФАК­ТО­РОВ, УЧА­СТ­ВУЮ­ЩИХ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ ТО­НОВ СЕРД­ЦА: А) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ СИС­ТО­ЛЫ ПРЕД­СЕР­ДИЙ; Б) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ ИХ БЫ­СТ­РО­ГО НА­ПОЛ­НЕ­НИЯ; В) ПО­ЛО­ЖЕ­НИЕ СТВО­РОК АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПЕ­РЕД НА­ЧА­ЛОМ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКО­ГО СО­КРА­ЩЕ­НИЯ; Г) КО­ЛЕ­БА­НИЯ ПО­ЛУ­ЛУН­НЫХ КЛА­ПА­НОВ АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Д) БЫ­СТРОЕ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКОЕ СО­КРА­ЩЕ­НИЕ ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ; Е) КО­ЛЕ­БА­НИЯ АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Ж) ВИБ­РА­ЦИЯ СТЕ­НОК АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ В СА­МОМ НА­ЧА­ЛЕ ФА­ЗЫ ИЗ­ГНА­НИЯ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ИЗ ЭТИХ ФАК­ТО­РОВ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ ИМЕ­ЮТ ЗНА­ЧЕ­НИЕ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ II ТО­НА:
    1. б
    2. б, в, д, е
    3. а
    4. в, д, е, ж
    5. г
21. НИ­ЖЕ ПРИ­ВЕ­ДЕ­НО 7 НАИ­БО­ЛЕЕ ВАЖ­НЫХ ФАК­ТО­РОВ, УЧА­СТ­ВУЮ­ЩИХ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ ТО­НОВ СЕРД­ЦА: А) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ СИС­ТО­ЛЫ ПРЕД­СЕР­ДИЙ; Б) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ ИХ БЫ­СТ­РО­ГО НА­ПОЛ­НЕ­НИЯ; В) ПО­ЛО­ЖЕ­НИЕ СТВО­РОК АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПЕ­РЕД НА­ЧА­ЛОМ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКО­ГО СО­КРА­ЩЕ­НИЯ; Г) КО­ЛЕ­БА­НИЯ ПО­ЛУ­ЛУН­НЫХ КЛА­ПА­НОВ АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Д) БЫ­СТРОЕ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКОЕ СО­КРА­ЩЕ­НИЕ ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ; Е) КО­ЛЕ­БА­НИЯ АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Ж) ВИБ­РА­ЦИЯ СТЕ­НОК АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ В СА­МОМ НА­ЧА­ЛЕ ФА­ЗЫ ИЗ­ГНА­НИЯ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ИЗ ЭТИХ ФАК­ТО­РОВ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ ИМЕ­ЮТ ЗНА­ЧЕ­НИЕ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ III ТО­НА:
    1. б
    2. б, в, д, е
    3. а
    4. в, д, е, ж
    5. г
22. НИ­ЖЕ ПРИ­ВЕ­ДЕ­НО 7 НАИ­БО­ЛЕЕ ВАЖ­НЫХ ФАК­ТО­РОВ, УЧА­СТ­ВУЮ­ЩИХ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ ТО­НОВ СЕРД­ЦА: А) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ СИС­ТО­ЛЫ ПРЕД­СЕР­ДИЙ; Б) КО­ЛЕ­БА­НИЯ СТЕ­НОК ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ В МО­МЕНТ ИХ БЫ­СТ­РО­ГО НА­ПОЛ­НЕ­НИЯ; В) ПО­ЛО­ЖЕ­НИЕ СТВО­РОК АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПЕ­РЕД НА­ЧА­ЛОМ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКО­ГО СО­КРА­ЩЕ­НИЯ; Г) КО­ЛЕ­БА­НИЯ ПО­ЛУ­ЛУН­НЫХ КЛА­ПА­НОВ АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Д) БЫ­СТРОЕ ИЗО­МЕТ­РИ­ЧЕ­СКОЕ СО­КРА­ЩЕ­НИЕ ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КОВ; Е) КО­ЛЕ­БА­НИЯ АВ‑КЛА­ПА­НОВ ПРИ ИХ ЗА­КРЫ­ТИИ; Ж) ВИБ­РА­ЦИЯ СТЕ­НОК АОР­ТЫ И ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ В СА­МОМ НА­ЧА­ЛЕ ФА­ЗЫ ИЗ­ГНА­НИЯ. ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ИЗ ЭТИХ ФАК­ТО­РОВ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ ИМЕ­ЮТ ЗНА­ЧЕ­НИЕ В ОБ­РА­ЗО­ВА­НИИ IV ТО­НА:
    1. б
    2. б, в, д, е
    3. а
    4. в, д, е, ж
    5. г
23. КАК ИЗ­МЕ­НИТ­СЯ II ТОН СЕРД­ЦА ПРИ ПО­ВЫ­ШЕ­НИИ ДАВ­ЛЕ­НИЯ В ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИИ И ВЫ­РА­ЖЕН­НОЙ ГИ­ПЕР­ТРО­ФИИ ПРА­ВО­ГО ЖЕ­ЛУ­ДОЧ­КА?
    1. ос­лаб­ле­ние II то­на на ле­гоч­ной ар­те­рии
    2. толь­ко ак­цент II то­на на ле­гоч­ной ар­те­рии
    3. ак­цент и рас­ще­п­ле­ние II то­на на ле­гоч­ной ар­те­рии
    4. толь­ко рас­ще­п­ле­ние II то­на на ле­гоч­ной ар­те­рии
24. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЮТ­СЯ ПА­ТО­ЛО­ГИ­ЧЕ­СКИЕ РИТ­МЫ, ИЗО­БРА­ЖЕН­НЫЕ НА ФКГ?



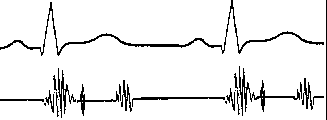
* 1. про­то­диа­сто­ли­че­ский га­лоп
  2. ритм пе­ре­пе­ла
  3. сум­ма­ци­он­ный га­лоп
  4. пре­сис­то­ли­че­ский га­лоп
  5. сис­то­ли­че­ский га­лоп

1. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЮТ­СЯ ПА­ТО­ЛО­ГИ­ЧЕ­СКИЕ РИТ­МЫ, ИЗО­БРА­ЖЕН­НЫЕ НА ФКГ?



* 1. про­то­диа­сто­ли­че­ский га­лоп
  2. ритм пе­ре­пе­ла
  3. сум­ма­ци­он­ный га­лоп
  4. пре­сис­то­ли­че­ский га­лоп
  5. сис­то­ли­че­ский га­лоп

1. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЮТ­СЯ ПА­ТО­ЛО­ГИ­ЧЕ­СКИЕ РИТ­МЫ, ИЗО­БРА­ЖЕН­НЫЕ НА ФКГ?



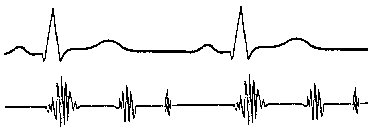
* 1. про­то­диа­сто­ли­че­ский га­лоп
  2. ритм пе­ре­пе­ла
  3. сум­ма­ци­он­ный га­лоп
  4. пре­сис­то­ли­че­ский га­лоп
  5. сис­то­ли­че­ский га­лоп

1. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЮТ­СЯ ПА­ТО­ЛО­ГИ­ЧЕ­СКИЕ РИТ­МЫ, ИЗО­БРА­ЖЕН­НЫЕ НА ФКГ?



* 1. про­то­диа­сто­ли­че­ский га­лоп
  2. ритм пе­ре­пе­ла
  3. сум­ма­ци­он­ный га­лоп
  4. пре­сис­то­ли­че­ский га­лоп
  5. сис­то­ли­че­ский га­лоп

1. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЮТ­СЯ ПА­ТО­ЛО­ГИ­ЧЕ­СКИЕ РИТ­МЫ, ИЗО­БРА­ЖЕН­НЫЕ НА ФКГ?



* 1. про­то­диа­сто­ли­че­ский га­лоп
  2. ритм пе­ре­пе­ла
  3. сум­ма­ци­он­ный га­лоп
  4. пре­сис­то­ли­че­ский га­лоп
  5. сис­то­ли­че­ский га­лоп

1. ДАЙ­ТЕ НА­ЗВА­НИЕ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕ­МУ ШУ­МУ. У БОЛЬ­НО­ГО МИТ­РАЛЬ­НЫМ СТЕ­НО­ЗОМ С ПРИ­ЗНА­КА­МИ ВЫ­РА­ЖЕН­НОЙ ЛЕ­ГОЧ­НОЙ АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НОЙ ГИ­ПЕР­ТЕН­ЗИИ ВО II–IV МЕЖ­РЕ­БЕ­РЬЕ СЛЕ­ВА ОТ ГРУ­ДИ­НЫ ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ МЯГ­КИЙ ШУМ, НА­ЧИ­НАЮ­ЩИЙ­СЯ СРА­ЗУ ПО­СЛЕ II ТО­НА:
   1. шум Флин­та
   2. «шум волч­ка»
   3. шум Кум­бса
   4. шум Гре­хе­ма-Стил­ла
   5. функ­цио­наль­ный шум от­но­си­тель­ной не­дос­та­точ­но­сти мит­раль­но­го кла­па­на
2. ДАЙ­ТЕ НА­ЗВА­НИЕ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕ­МУ ШУ­МУ. У БОЛЬ­НО­ГО С ВЫ­РА­ЖЕН­НОЙ АНЕ­МИ­ЕЙ (HB 50 Г/Л) НА ЮГУ­ЛЯР­НОЙ ВЕ­НЕ В СИС­ТО­ЛУ И В ДИА­СТО­ЛУ ВЫ­СЛУ­ШИ­ВА­ЕТ­СЯ ШУМ, БО­ЛЕЕ ГРОМ­КИЙ В ДИА­СТО­ЛУ:
   1. шум Флин­та
   2. «шум волч­ка»
   3. шум Кум­бса
   4. шум Гре­хе­ма-Стил­ла
   5. функ­цио­наль­ный шум от­но­си­тель­ной не­дос­та­точ­но­сти мит­раль­но­го кла­па­на
3. ДАЙ­ТЕ НА­ЗВА­НИЕ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕ­МУ ШУ­МУ. У БОЛЬ­НО­ГО С НЕ­ДОС­ТА­ТОЧ­НО­СТЬЮ КЛА­ПА­НА АОР­ТЫ ОП­РЕ­ДЕ­ЛЯ­ЕТ­СЯ ПРЕ­СИС­ТО­ЛИ­ЧЕ­СКОЕ УСИ­ЛЕ­НИЕ ДИА­СТО­ЛИ­ЧЕ­СКО­ГО ШУ­МА:
   1. шум Флин­та
   2. «шум волч­ка»
   3. шум Кум­бса
   4. шум Гре­хе­ма-Стил­ла
   5. функ­цио­наль­ный шум от­но­си­тель­ной не­дос­та­точ­но­сти мит­раль­но­го кла­па­на
4. КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЕ ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПЕР­КУС­СИИ ЖИ­ВО­ТА, НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ СТЕ­НО­ЗА ПРИ­ВРАТ­НИ­КА?
   1. жи­вот втя­нут (ладь­е­вид­ный), прак­ти­че­ски не уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, вы­ра­жен­ное на­пря­же­ние мышц брюш­ной стен­ки
   2. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах, ку­по­ло­об­раз­но вздут, уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, пу­пок втя­нут, пер­ку­тор­но – гром­кий тим­па­нит
   3. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах; в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии – рас­пла­стан, в вер­ти­каль­ном – вы­гля­дит от­вис­шим, пу­пок вы­бу­ха­ет, на бо­ко­вых по­верх­но­стях жи­во­та – рас­ши­рен­ная ве­ноз­ная сеть
   4. у ис­то­щен­но­го боль­но­го в эпи­га­ст­рии хо­ро­шо за­мет­но вы­бу­ха­ние и пе­рио­ди­че­ски воз­ни­каю­щие вол­ны ан­ти­пе­ри­сталь­ти­ки
   5. при ос­мот­ре жи­во­та на глаз за­мет­на уси­лен­ная бур­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка, жи­вот вздут

# КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЕ ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПЕР­КУС­СИИ ЖИ­ВО­ТА, НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ СИН­ДРО­МА ПОР­ТАЛЬ­НОЙ ГИ­ПЕР­ТЕН­ЗИИ?

* 1. жи­вот втя­нут (ладь­е­вид­ный), прак­ти­че­ски не уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, вы­ра­жен­ное на­пря­же­ние мышц брюш­ной стен­ки
  2. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах, ку­по­ло­об­раз­но вздут, уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, пу­пок втя­нут, пер­ку­тор­но – гром­кий тим­па­нит
  3. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах; в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии – рас­пла­стан, в вер­ти­каль­ном – вы­гля­дит от­вис­шим, пу­пок вы­бу­ха­ет, на бо­ко­вых по­верх­но­стях жи­во­та – рас­ши­рен­ная ве­ноз­ная сеть
  4. у ис­то­щен­но­го боль­но­го в эпи­га­ст­рии хо­ро­шо за­мет­но вы­бу­ха­ние и пе­рио­ди­че­ски воз­ни­каю­щие вол­ны ан­ти­пе­ри­сталь­ти­ки
  5. при ос­мот­ре жи­во­та на глаз за­мет­на уси­лен­ная бур­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка, жи­вот вздут

## КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЕ ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПЕР­КУС­СИИ ЖИ­ВО­ТА, НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ МЕ­ХА­НИ­ЧЕ­СКОЙ НЕ­ПРО­ХО­ДИ­МО­СТИ ТОЛ­СТО­ГО КИ­ШЕЧ­НИ­КА?

* 1. жи­вот втя­нут (ладь­е­вид­ный), прак­ти­че­ски не уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, вы­ра­жен­ное на­пря­же­ние мышц брюш­ной стен­ки
  2. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах, ку­по­ло­об­раз­но вздут, уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, пу­пок втя­нут, пер­ку­тор­но – гром­кий тим­па­нит
  3. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах; в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии – рас­пла­стан, в вер­ти­каль­ном – вы­гля­дит от­вис­шим, пу­пок вы­бу­ха­ет, на бо­ко­вых по­верх­но­стях жи­во­та – рас­ши­рен­ная ве­ноз­ная сеть
  4. у ис­то­щен­но­го боль­но­го в эпи­га­ст­рии хо­ро­шо за­мет­но вы­бу­ха­ние и пе­рио­ди­че­ски воз­ни­каю­щие вол­ны ан­ти­пе­ри­сталь­ти­ки
  5. при ос­мот­ре жи­во­та на глаз за­мет­на уси­лен­ная бур­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка, жи­вот вздут

## КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЕ ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПЕР­КУС­СИИ ЖИ­ВО­ТА, НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ ПЕ­РИ­ТО­НИ­ТА?

* 1. жи­вот втя­нут (ладь­е­вид­ный), прак­ти­че­ски не уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, вы­ра­жен­ное на­пря­же­ние мышц брюш­ной стен­ки
  2. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах, ку­по­ло­об­раз­но вздут, уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, пу­пок втя­нут, пер­ку­тор­но – гром­кий тим­па­нит
  3. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах; в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии – рас­пла­стан, в вер­ти­каль­ном – вы­гля­дит от­вис­шим, пу­пок вы­бу­ха­ет, на бо­ко­вых по­верх­но­стях жи­во­та – рас­ши­рен­ная ве­ноз­ная сеть
  4. у ис­то­щен­но­го боль­но­го в эпи­га­ст­рии хо­ро­шо за­мет­но вы­бу­ха­ние и пе­рио­ди­че­ски воз­ни­каю­щие вол­ны ан­ти­пе­ри­сталь­ти­ки
  5. при ос­мот­ре жи­во­та на глаз за­мет­на уси­лен­ная бур­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка, жи­вот вздут

## КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЕ ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПЕР­КУС­СИИ ЖИ­ВО­ТА, НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ МЕ­ТЕО­РИЗ­МА?

* 1. жи­вот втя­нут (ладь­е­вид­ный), прак­ти­че­ски не уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, вы­ра­жен­ное на­пря­же­ние мышц брюш­ной стен­ки
  2. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах, ку­по­ло­об­раз­но вздут, уча­ст­ву­ет в ды­ха­нии, пу­пок втя­нут, пер­ку­тор­но – гром­кий тим­па­нит
  3. жи­вот уве­ли­чен в раз­ме­рах; в го­ри­зон­таль­ном по­ло­же­нии – рас­пла­стан, в вер­ти­каль­ном – вы­гля­дит от­вис­шим, пу­пок вы­бу­ха­ет, на бо­ко­вых по­верх­но­стях жи­во­та – рас­ши­рен­ная ве­ноз­ная сеть
  4. у ис­то­щен­но­го боль­но­го в эпи­га­ст­рии хо­ро­шо за­мет­но вы­бу­ха­ние и пе­рио­ди­че­ски воз­ни­каю­щие вол­ны ан­ти­пе­ри­сталь­ти­ки
  5. при ос­мот­ре жи­во­та на глаз за­мет­на уси­лен­ная бур­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка, жи­вот вздут

1. ОБЪ­ЯС­НИ­ТЕ ПРО­ИС­ХО­Ж­ДЕ­НИЕ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕ­ГО СИМ­ПТО­МА, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МО­ГО ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПАЛЬ­ПА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА. ЛО­КАЛЬ­НОЕ УМЕ­РЕН­НОЕ НА­ПРЯ­ЖЕ­НИЕ БРЮШ­НОЙ СТЕН­КИ В ОБ­ЛАС­ТИ ПРО­ЕК­ЦИИ ПО­РА­ЖЕН­НО­ГО ОР­ГА­НА:
   1. умень­ше­ние брюш­но­го ти­па ды­ха­ния в ре­зуль­та­те па­ре­за диа­фраг­мы, обу­слов­лен­но­го «пе­ре­хо­дом» на нее вос­па­ли­тель­но­го про­цес­са
   2. зна­чи­тель­ное по­вы­ше­ние внут­ри­брюш­но­го дав­ле­ния
   3. вы­ра­жен­ное уп­лот­не­ние па­рие­таль­ной брю­ши­ны при ее вос­па­ле­нии
   4. реф­лек­тор­ное про­ис­хо­ж­де­ние сим­пто­ма по ти­пу вис­це­ро-мо­тор­но­го реф­лек­са в ре­зуль­та­те «пе­ре­хо­да» про­цес­са на па­рие­таль­ную брю­ши­ну
   5. реф­лек­тор­ное про­ис­хо­ж­де­ние сим­пто­ма по ти­пу вис­це­ро-мо­тор­но­го реф­лек­са в ре­зуль­та­те «пе­ре­хо­да» вос­па­ле­ния на вис­це­раль­ную брю­ши­ну (пе­ри­хо­ле­ци­стит, пе­ри­га­ст­рит и т.д.)

109. ОБЪ­ЯС­НИ­ТЕ ПРО­ИС­ХО­Ж­ДЕ­НИЕ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕ­ГО СИМ­ПТО­МА, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МО­ГО ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПАЛЬ­ПА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА. РАЗ­ЛИ­ТОЕ ВЫ­РА­ЖЕН­НОЕ НА­ПРЯ­ЖЕ­НИЕ МЫШЦ БРЮШ­НОЙ СТЕН­КИ:

1. умень­ше­ние брюш­но­го ти­па ды­ха­ния в ре­зуль­та­те па­ре­за диа­фраг­мы, обу­слов­лен­но­го «пе­ре­хо­дом» на нее вос­па­ли­тель­но­го про­цес­са
2. зна­чи­тель­ное по­вы­ше­ние внут­ри­брюш­но­го дав­ле­ния
3. вы­ра­жен­ное уп­лот­не­ние па­рие­таль­ной брю­ши­ны при ее вос­па­ле­нии
4. реф­лек­тор­ное про­ис­хо­ж­де­ние сим­пто­ма по ти­пу вис­це­ро-мо­тор­но­го реф­лек­са в ре­зуль­та­те «пе­ре­хо­да» про­цес­са на па­рие­таль­ную брю­ши­ну
5. реф­лек­тор­ное про­ис­хо­ж­де­ние сим­пто­ма по ти­пу вис­це­ро-мо­тор­но­го реф­лек­са в ре­зуль­та­те «пе­ре­хо­да» вос­па­ле­ния на вис­це­раль­ную брю­ши­ну (пе­ри­хо­ле­ци­стит, пе­ри­га­ст­рит и т.д.)
6. ОБЪ­ЯС­НИ­ТЕ ПРО­ИС­ХО­Ж­ДЕ­НИЕ СЛЕ­ДУЮ­ЩЕ­ГО СИМ­ПТО­МА, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МО­ГО ПРИ ОС­МОТ­РЕ И ПАЛЬ­ПА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА. ОТ­СУТ­СТ­ВИЕ ЭКС­КУР­СИЙ БРЮШ­НОЙ СТЕН­КИ ПРИ ДЫ­ХА­НИИ:
7. умень­ше­ние брюш­но­го ти­па ды­ха­ния в ре­зуль­та­те па­ре­за диа­фраг­мы, обу­слов­лен­но­го «пе­ре­хо­дом» на нее вос­па­ли­тель­но­го про­цес­са
8. зна­чи­тель­ное по­вы­ше­ние внут­ри­брюш­но­го дав­ле­ния
9. вы­ра­жен­ное уп­лот­не­ние па­рие­таль­ной брю­ши­ны при ее вос­па­ле­нии
10. реф­лек­тор­ное про­ис­хо­ж­де­ние сим­пто­ма по ти­пу вис­це­ро-мо­тор­но­го реф­лек­са в ре­зуль­та­те «пе­ре­хо­да» про­цес­са на па­рие­таль­ную брю­ши­ну
11. реф­лек­тор­ное про­ис­хо­ж­де­ние сим­пто­ма по ти­пу вис­це­ро-мо­тор­но­го реф­лек­са в ре­зуль­та­те «пе­ре­хо­да» вос­па­ле­ния на вис­це­раль­ную брю­ши­ну (пе­ри­хо­ле­ци­стит, пе­ри­га­ст­рит и т.д.)
12. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ УР­ЧА­НИЕ ПРИ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ ВОС­ХО­ДЯ­ЩЕЙ И ПО­ПЕ­РЕЧ­НО-ОБО­ДОЧ­НОЙ КИШ­КИ?
13. сим­птом вы­яв­ля­ет­ся в нор­ме
14. в брюш­ной по­лос­ти име­ет­ся сво­бод­ная жид­кость
15. име­ет­ся сте­ноз при­врат­ни­ка
16. име­ет­ся боль­шое ко­ли­че­ст­во га­зов в тол­стом ки­шеч­ни­ке (ме­тео­ризм у боль­но­го с ко­ли­том)
17. в тол­стом ки­шеч­ни­ке име­ет­ся жид­кое со­дер­жи­мое и ска­п­ли­ва­ют­ся га­зы (на­при­мер, у боль­но­го с ост­рым эн­те­ри­том)
18. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ УР­ЧА­НИЕ ПРИ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ СЛЕ­ПОЙ КИШ­КИ?
19. сим­птом вы­яв­ля­ет­ся в нор­ме
20. в брюш­ной по­лос­ти име­ет­ся сво­бод­ная жид­кость
21. име­ет­ся сте­ноз при­врат­ни­ка
22. име­ет­ся боль­шое ко­ли­че­ст­во га­зов в тол­стом ки­шеч­ни­ке (ме­тео­ризм у боль­но­го с ко­ли­том)
23. в тол­стом ки­шеч­ни­ке име­ет­ся жид­кое со­дер­жи­мое и ска­п­ли­ва­ют­ся га­зы (на­при­мер, у боль­но­го с ост­рым эн­те­ри­том)
24. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ ШУМ ПЛЕ­СКА В ЭПИ­ГА­СТ­РИИ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЙ ЧЕ­РЕЗ 5–10 МИ­НУТ ПО­СЛЕ ЕДЫ?
25. сим­птом вы­яв­ля­ет­ся в нор­ме
26. в брюш­ной по­лос­ти име­ет­ся сво­бод­ная жид­кость
27. име­ет­ся сте­ноз при­врат­ни­ка
28. име­ет­ся боль­шое ко­ли­че­ст­во га­зов в тол­стом ки­шеч­ни­ке (ме­тео­ризм у боль­но­го с ко­ли­том)
29. в тол­стом ки­шеч­ни­ке име­ет­ся жид­кое со­дер­жи­мое и ска­п­ли­ва­ют­ся га­зы (на­при­мер, у боль­но­го с ост­рым эн­те­ри­том)
30. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ ШУМ ПЛЕ­СКА В ЭПИ­ГА­СТ­РИИ, ВЫ­ЯВ­ЛЯЕ­МЫЙ ЧЕ­РЕЗ 5–6 ЧА­СОВ ПО­СЛЕ ЕДЫ?
31. сим­птом вы­яв­ля­ет­ся в нор­ме
32. в брюш­ной по­лос­ти име­ет­ся сво­бод­ная жид­кость
33. име­ет­ся сте­ноз при­врат­ни­ка
34. име­ет­ся боль­шое ко­ли­че­ст­во га­зов в тол­стом ки­шеч­ни­ке (ме­тео­ризм у боль­но­го с ко­ли­том)
35. в тол­стом ки­шеч­ни­ке име­ет­ся жид­кое со­дер­жи­мое и ска­п­ли­ва­ют­ся га­зы (на­при­мер, у боль­но­го с ост­рым эн­те­ри­том)
36. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ ПО­ЛО­ЖИ­ТЕЛЬ­НЫЙ СИМ­ПТОМ ВОЛ­НЫ (ФЛЮК­ТУА­ЦИИ) ПРИ БИ­МА­НУ­АЛЬ­НОЙ ПЕР­КУ­ТОР­НОЙ ПАЛЬ­ПА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА?
37. сим­птом вы­яв­ля­ет­ся в нор­ме
38. в брюш­ной по­лос­ти име­ет­ся сво­бод­ная жид­кость
39. име­ет­ся сте­ноз при­врат­ни­ка
40. име­ет­ся боль­шое ко­ли­че­ст­во га­зов в тол­стом ки­шеч­ни­ке (ме­тео­ризм у боль­но­го с ко­ли­том)
41. в тол­стом ки­шеч­ни­ке име­ет­ся жид­кое со­дер­жи­мое и ска­п­ли­ва­ют­ся га­зы (на­при­мер, у боль­но­го с ост­рым эн­те­ри­том)
42. КАК ИЗ­МЕ­НЯТ­СЯ ДАН­НЫЕ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА ПРИ РАЗ­ЛИ­ТОМ ПЕ­РИ­ТО­НИ­ТЕ?
43. нор­маль­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка
44. рез­ко уси­лен­ная (бур­ная) пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка
45. ос­лаб­ле­ние пе­ри­сталь­ти­ки ки­шеч­ни­ка
46. от­сут­ст­вие пе­ри­сталь­ти­ки ки­шеч­ни­ка («гро­бо­вая ти­ши­на»)
47. со­су­ди­стые шу­мы
48. КАК ИЗ­МЕ­НЯТ­СЯ ДАН­НЫЕ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА ПРИ ЭН­ТЕ­РИ­ТЕ?
49. нор­маль­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка
50. рез­ко уси­лен­ная (бур­ная) пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка
51. ос­лаб­ле­ние пе­ри­сталь­ти­ки ки­шеч­ни­ка
52. от­сут­ст­вие пе­ри­сталь­ти­ки ки­шеч­ни­ка («гро­бо­вая ти­ши­на»)
53. со­су­ди­стые шу­мы
54. КАК ИЗ­МЕ­НЯТ­СЯ ДАН­НЫЕ АУ­СКУЛЬ­ТА­ЦИИ ЖИ­ВО­ТА ПРИ МЕ­ХА­НИ­ЧЕ­СКОЙ НЕ­ПРО­ХО­ДИ­МО­СТИ ТОЛ­СТО­ГО КИ­ШЕЧ­НИ­КА?
55. нор­маль­ная пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка
56. рез­ко уси­лен­ная (бур­ная) пе­ри­сталь­ти­ка ки­шеч­ни­ка
57. ос­лаб­ле­ние пе­ри­сталь­ти­ки ки­шеч­ни­ка
58. от­сут­ст­вие пе­ри­сталь­ти­ки ки­шеч­ни­ка («гро­бо­вая ти­ши­на»)
59. со­су­ди­стые шу­мы
60. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ ПРИ­ЗНА­КОВ ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ МЕ­ХА­НИ­ЧЕ­СКОЙ ЖЕЛ­ТУ­ХИ: А) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ СВЯ­ЗАН­НО­ГО (ПРЯ­МО­ГО) БИ­ЛИ­РУ­БИ­НА В КРО­ВИ; Б) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ НЕ­СВЯ­ЗАН­НО­ГО (НЕ­ПРЯ­МО­ГО) БИ­ЛИ­РУ­БИ­НА В КРО­ВИ; В) БИ­ЛИ­РУ­БИН В МО­ЧЕ ЕСТЬ; Г) БИ­ЛИ­РУ­БИН В МО­ЧЕ ОТ­СУТ­СТ­ВУ­ЕТ; Д) УРО­БИ­ЛИН В МО­ЧЕ ОП­РЕ­ДЕ­ЛЯ­ЕТ­СЯ; Е) УРО­БИ­ЛИ­НА В МО­ЧЕ НЕТ; Ж) СТЕР­КО­БИ­ЛИН В КА­ЛЕ ОТ­СУТ­СТ­ВУ­ЕТ; З) СТЕР­КО­БИ­ЛИН В КА­ЛЕ ЕСТЬ:
61. б, г, д, з
62. а, в, е, ж
63. б, в, д, ж
64. а, в, д, з
65. а, б, в, д, з
66. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ ПРИ­ЗНА­КОВ ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ ПА­РЕН­ХИ­МА­ТОЗ­НОЙ ЖЕЛ­ТУ­ХИ: А) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ СВЯ­ЗАН­НО­ГО (ПРЯ­МО­ГО) БИ­ЛИ­РУ­БИ­НА В КРО­ВИ; Б) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ НЕ­СВЯ­ЗАН­НО­ГО (НЕ­ПРЯ­МО­ГО) БИ­ЛИ­РУ­БИ­НА В КРО­ВИ; В) БИ­ЛИ­РУ­БИН В МО­ЧЕ ЕСТЬ; Г) БИ­ЛИ­РУ­БИН В МО­ЧЕ ОТ­СУТ­СТ­ВУ­ЕТ; Д) УРО­БИ­ЛИН В МО­ЧЕ ОП­РЕ­ДЕ­ЛЯ­ЕТ­СЯ; Е) УРО­БИ­ЛИ­НА В МО­ЧЕ НЕТ; Ж) СТЕР­КО­БИ­ЛИН В КА­ЛЕ ОТ­СУТ­СТ­ВУ­ЕТ; З) СТЕР­КО­БИ­ЛИН В КА­ЛЕ ЕСТЬ:
67. б, г, д, з
68. а, в, е, ж
69. б, в, д, ж
70. а, в, д, з
71. а, б, в, д, з
72. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ ПРИ­ЗНА­КОВ ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ ГЕ­МО­ЛИ­ТИ­ЧЕ­СКОЙ ЖЕЛ­ТУ­ХИ: А) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ СВЯ­ЗАН­НО­ГО (ПРЯ­МО­ГО) БИ­ЛИ­РУ­БИ­НА В КРО­ВИ; Б) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ НЕ­СВЯ­ЗАН­НО­ГО (НЕ­ПРЯ­МО­ГО) БИ­ЛИ­РУ­БИ­НА В КРО­ВИ; В) БИ­ЛИ­РУ­БИН В МО­ЧЕ ЕСТЬ; Г) БИ­ЛИ­РУ­БИН В МО­ЧЕ ОТ­СУТ­СТ­ВУ­ЕТ; Д) УРО­БИ­ЛИН В МО­ЧЕ ОП­РЕ­ДЕ­ЛЯ­ЕТ­СЯ; Е) УРО­БИ­ЛИ­НА В МО­ЧЕ НЕТ; Ж) СТЕР­КО­БИ­ЛИН В КА­ЛЕ ОТ­СУТ­СТ­ВУ­ЕТ; З) СТЕР­КО­БИ­ЛИН В КА­ЛЕ ЕСТЬ:
73. б, г, д, з
74. а, в, е, ж
75. б, в, д, ж
76. а, в, д, з
77. а, б, в, д, з
78. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЮТ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПЕ­ЧЕ­НИ ПО­ХУ­ДА­НИЕ, АТ­РО­ФИЯ МЫШЦ?
79. на­ли­чие дуо­де­но-га­ст­раль­но­го реф­люк­са
80. уве­ли­че­ние желч­ных ки­слот в кро­ви на фо­не вы­ра­жен­но­го хо­ле­ста­за
81. на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской (бел­ко­во­об­ра­зо­ва­тель­ной) функ­ции пе­че­ни
82. сер­деч­ная не­дос­та­точ­ность на фо­не вы­ра­жен­ной со­пут­ст­вую­щей мио­кар­дио­ди­ст­ро­фии
83. сни­же­ние де­зин­ток­си­ка­ци­он­ной функ­ции пе­че­ни по от­но­ше­нию к про­дук­там рас­па­да бел­ков
84. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПЕ­ЧЕ­НИ ПЕ­ЧЕ­НОЧ­НЫЙ ЗА­ПАХ ИЗО РТА?
85. на­ли­чие дуо­де­но-га­ст­раль­но­го реф­люк­са
86. уве­ли­че­ние желч­ных ки­слот в кро­ви на фо­не вы­ра­жен­но­го хо­ле­ста­за
87. на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской (бел­ко­во­об­ра­зо­ва­тель­ной) функ­ции пе­че­ни
88. сер­деч­ная не­дос­та­точ­ность на фо­не вы­ра­жен­ной со­пут­ст­вую­щей мио­кар­дио­ди­ст­ро­фии
89. сни­же­ние де­зин­ток­си­ка­ци­он­ной функ­ции пе­че­ни по от­но­ше­нию к про­дук­там рас­па­да бел­ков
90. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПЕ­ЧЕ­НИ ЗУД КО­ЖИ?
91. на­ли­чие дуо­де­но-га­ст­раль­но­го реф­люк­са
92. уве­ли­че­ние желч­ных ки­слот в кро­ви на фо­не вы­ра­жен­но­го хо­ле­ста­за
93. на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской (бел­ко­во­об­ра­зо­ва­тель­ной) функ­ции пе­че­ни
94. сер­деч­ная не­дос­та­точ­ность на фо­не вы­ра­жен­ной со­пут­ст­вую­щей мио­кар­дио­ди­ст­ро­фии
95. сни­же­ние де­зин­ток­си­ка­ци­он­ной функ­ции пе­че­ни по от­но­ше­нию к про­дук­там рас­па­да бел­ков
96. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЮТ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПЕ­ЧЕ­НИ ПЕ­РИ­ФЕ­РИ­ЧЕ­СКИЕ ОТЕ­КИ?
97. на­ли­чие дуо­де­но-га­ст­раль­но­го реф­люк­са
98. уве­ли­че­ние желч­ных ки­слот в кро­ви на фо­не вы­ра­жен­но­го хо­ле­ста­за
99. на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской (бел­ко­во­об­ра­зо­ва­тель­ной) функ­ции пе­че­ни
100. сер­деч­ная не­дос­та­точ­ность на фо­не вы­ра­жен­ной со­пут­ст­вую­щей мио­кар­дио­ди­ст­ро­фии
101. сни­же­ние де­зин­ток­си­ка­ци­он­ной функ­ции пе­че­ни по от­но­ше­нию к про­дук­там рас­па­да бел­ков
102. О ЧЕМ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЕТ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПЕ­ЧЕ­НИ ГО­РЕЧЬ ВО РТУ?
103. на­ли­чие дуо­де­но-га­ст­раль­но­го реф­люк­са
104. уве­ли­че­ние желч­ных ки­слот в кро­ви на фо­не вы­ра­жен­но­го хо­ле­ста­за
105. на­ру­ше­ние син­те­ти­че­ской (бел­ко­во­об­ра­зо­ва­тель­ной) функ­ции пе­че­ни
106. сер­деч­ная не­дос­та­точ­ность на фо­не вы­ра­жен­ной со­пут­ст­вую­щей мио­кар­дио­ди­ст­ро­фии
107. сни­же­ние де­зин­ток­си­ка­ци­он­ной функ­ции пе­че­ни по от­но­ше­нию к про­дук­там рас­па­да бел­ков
108. КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ СИМ­ПТО­МА КУР­ВУ­А­ЗЬЕ?
109. уве­ли­чен­ный, без­бо­лез­нен­ный, эла­стич­ный и под­виж­ный желч­ный пу­зырь у боль­но­го с ме­ха­ни­че­ской жел­ту­хой
110. уве­ли­чен­ный, без­бо­лез­нен­ный, эла­стич­ный желч­ный пу­зырь, жел­ту­хи нет
111. ме­ха­ни­че­ская жел­ту­ха, желч­ный пу­зырь не уве­ли­чен, оп­ре­де­ля­ет­ся бо­лез­нен­ность в зо­не Шоф­фа­ра
112. КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ ВО­ДЯН­КИ ЖЕЛЧ­НО­ГО ПУ­ЗЫ­РЯ?
113. уве­ли­чен­ный, без­бо­лез­нен­ный, эла­стич­ный и под­виж­ный желч­ный пу­зырь у боль­но­го с ме­ха­ни­че­ской жел­ту­хой
114. уве­ли­чен­ный, без­бо­лез­нен­ный, эла­стич­ный желч­ный пу­зырь, жел­ту­хи нет
115. ме­ха­ни­че­ская жел­ту­ха, желч­ный пу­зырь не уве­ли­чен, оп­ре­де­ля­ет­ся бо­лез­нен­ность в зо­не Шоф­фа­ра
116. КА­КИЕ ИЗ­МЕ­НЕ­НИЯ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ ОБ­ТУ­РА­ЦИИ КАМ­НЕМ ОБ­ЩЕ­ГО ЖЕЛЧ­НО­ГО ПРО­ТО­КА?
117. уве­ли­чен­ный, без­бо­лез­нен­ный, эла­стич­ный и под­виж­ный желч­ный пу­зырь у боль­но­го с ме­ха­ни­че­ской жел­ту­хой
118. уве­ли­чен­ный, без­бо­лез­нен­ный, эла­стич­ный желч­ный пу­зырь, жел­ту­хи нет
119. ме­ха­ни­че­ская жел­ту­ха, желч­ный пу­зырь не уве­ли­чен, оп­ре­де­ля­ет­ся бо­лез­нен­ность в зо­не Шоф­фа­ра
120. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ НИ­ЖЕ ПРИ­ЗНА­КОВ ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ СИН­ДРО­МА ГИ­ПЕР­С­П­ЛЕ­НИЗ­МА: А) АНЕ­МИЯ; Б) ЛЕЙ­КО­ЦИ­ТОЗ; В) ЛЕЙ­КО­ПЕ­НИЯ; Г) ЛИМ­ФО­ЦИ­ТОЗ; Д) ЛИМ­ФО­ПЕ­НИЯ; Е) ТРОМ­БО­ЦИ­ТОЗ; Ж) ТРОМ­БО­ЦИ­ТО­ПЕ­НИЯ:
121. а, г, ж
122. а, б, д, ж
123. а, в, г, е
124. а, б, ж
125. а, в,ж
126. УКА­ЖИ­ТЕ ТРИ ОС­НОВ­НЫХ КЛИ­НИ­ЧЕ­СКИХ ПРИ­ЗНА­КА (СЛЕД­СТ­ВИЯ) СИН­ДРО­МА ПОР­ТАЛЬ­НОЙ ГИ­ПЕР­ТЕН­ЗИИ: А) СО­СУ­ДИ­СТЫЕ ЗВЕЗ­ДОЧ­КИ И ПЕ­ЧЕ­НОЧ­НЫЕ ЛА­ДО­НИ; Б) АС­ЦИТ; В) БО­ЛИ В ПРА­ВОМ ПОД­РЕ­БЕ­РЬЕ; Г) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ ПЕ­ЧЕ­НИ; Д) УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ СЕ­ЛЕ­ЗЕН­КИ; Е) ВЕ­НОЗ­НЫЕ КОЛ­ЛА­ТЕ­РА­ЛИ; Ж) ЖЕЛ­ТУ­ХА:
127. б, г, е
128. б, г, ж
129. а, д, е
130. б, д, е
131. б, в, г
132. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ ПРИ­ЗНА­КОВ ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ СИН­ДРО­МА ПЕ­ЧЕ­НОЧ­НОК­ЛЕ­ТОЧ­НОЙ НЕ­ДОС­ТА­ТОЧ­НО­СТИ: А) ПЕ­ЧЕ­НОЧ­НАЯ ЭН­ЦЕ­ФА­ЛО­ПА­ТИЯ; Б) СИН­ДРОМ ПОР­ТАЛЬ­НОЙ ГИ­ПЕР­ТО­НИИ; В) ПА­РЕН­ХИ­МА­ТОЗ­НАЯ ЖЕЛ­ТУ­ХА; Г) ГЕ­ПА­ТО-ЛИЕ­НАЛЬ­НЫЙ СИН­ДРОМ; Д) «ПЕ­ЧЕ­НОЧ­НЫЙ» ЗА­ПАХ ИЗО РТА; Е) ГЕ­МОР­РА­ГИ­ЧЕ­СКИЙ СИН­ДРОМ; Ж) СИН­ДРОМ ГИ­ПЕР­С­П­ЛЕ­НИЗ­МА; З) АХО­ЛИЧ­НЫЙ КАЛ:
133. а, б, в, д, е
134. а, в, г, д, ж
135. а, в, д, е
136. а, б, в, д, з
137. а, б, в, г, д, ж
138. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЕТ­СЯ УЧА­ЩЕН­НОЕ МО­ЧЕ­ИС­ПУС­КА­НИЕ?
139. пол­ла­ки­зу­рия
140. стран­гу­рия
141. ишу­рия
142. ану­рия
143. по­ли­урия
144. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЕТ­СЯ БО­ЛЕЗ­НЕН­НОЕ МО­ЧЕ­ИС­ПУС­КА­НИЕ?
145. пол­ла­ки­зу­рия
146. стран­гу­рия
147. ишу­рия
148. ану­рия
149. по­ли­урия
150. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЕТ­СЯ УВЕ­ЛИ­ЧЕ­НИЕ СУ­ТОЧ­НО­ГО КО­ЛИ­ЧЕ­СТ­ВА МО­ЧИ?
151. пол­ла­ки­зу­рия
152. стран­гу­рия
153. ишу­рия
154. ану­рия
155. по­ли­урия
156. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЕТ­СЯ ПОЛ­НОЕ ПРЕ­КРА­ЩЕ­НИЕ ВЫ­ДЕ­ЛЕ­НИЯ МО­ЧИ?
157. пол­ла­ки­зу­рия
158. стран­гу­рия
159. ишу­рия
160. ану­рия
161. по­ли­урия
162. КАК НА­ЗЫ­ВА­ЕТ­СЯ НЕ­ВОЗ­МОЖ­НОСТЬ ОПО­РОЖ­НИТЬ МО­ЧЕ­ВОЙ ПУ­ЗЫРЬ (ЗА­ДЕРЖ­КА МО­ЧИ)?
163. пол­ла­ки­зу­рия
164. стран­гу­рия
165. ишу­рия
166. ану­рия
167. по­ли­урия
168. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ СИМ­ПТО­МОВ И СИН­ДРО­МОВ, ВСТРЕ­ЧАЮ­ЩИХ­СЯ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПО­ЧЕК, ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ НЕФ­РО­ТИ­ЧЕ­СКО­ГО СИН­ДРО­МА: А) АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НАЯ ГИ­ПЕР­ТЕН­ЗИЯ; Б) ТУ­ПЫЕ НОЮ­ЩИЕ БО­ЛИ В ПО­ЯС­НИЧ­НОЙ ОБ­ЛАС­ТИ; В) РАС­ПРО­СТРА­НЕН­НЫЕ ОТЕ­КИ НА ЛИ­ЦЕ, ТУ­ЛО­ВИ­ЩЕ, ВЕРХ­НИХ И НИЖ­НИХ КО­НЕЧ­НО­СТЯХ; Г) НЕ­БОЛЬ­ШИЕ ОТЕ­КИ ПОД ГЛА­ЗА­МИ, НА­БУ­ХА­НИЕ ВЕК, ОДУТ­ЛО­ВА­ТОСТЬ ЛИ­ЦА; ДРУ­ГИХ ОТЕ­КОВ НЕТ; Д) ГИ­ПО­АЛЬ­БУ­МИ­НЕ­МИЯ; Е) МИК­РО­ГЕ­МА­ТУ­РИЯ; Ж) СТРАН­ГУ­РИЯ; З) ПОЛ­ЛА­КИ­ЗУ­РИЯ; И) ПРО­ТЕИ­НУ­РИЯ ВЫ­ШЕ 3 Г/Л; К) ПРО­ТЕИ­НУ­РИЯ НИ­ЖЕ 3 Г/Л; Л) ГИ­ПЕР­ЛИ­ПИ­ДЕ­МИЯ; М) ГИА­ЛИ­НО­ВЫЕ И ЗЕР­НИ­СТЫЕ ЦИ­ЛИН­Д­РЫ; Н) ГИА­ЛИ­НО­ВЫЕ, ЗЕР­НИ­СТЫЕ И ВОС­КО­ВИД­НЫЕ ЦИ­ЛИН­Д­РЫ:
169. а, б, в, д, и, л, м
170. б, г, д, е, к, м
171. в, д, е, ж, и, н
172. а, в, д, з, к, л, н
173. в, д, и, л, н
174. ИЗ ПРИ­ВЕ­ДЕН­НЫХ СИМ­ПТО­МОВ И СИН­ДРО­МОВ, ВСТРЕ­ЧАЮ­ЩИХ­СЯ ПРИ ЗА­БО­ЛЕ­ВА­НИ­ЯХ ПО­ЧЕК, ВЫ­БЕ­РИ­ТЕ ТЕ, КО­ТО­РЫЕ НАИ­БО­ЛЕЕ ХА­РАК­ТЕР­НЫ ДЛЯ НЕФ­РИ­ТИ­ЧЕ­СКО­ГО СИН­ДРО­МА: А) АР­ТЕ­РИ­АЛЬ­НАЯ ГИ­ПЕР­ТЕН­ЗИЯ; Б) ОСТ­РЫЕ ИН­ТЕН­СИВ­НЫЕ БО­ЛИ В ПО­ЯС­НИ­ЦЕ; В) ОТЕЧ­НЫЙ СИН­ДРОМ; Г) ВЫ­РА­ЖЕН­НАЯ ГИ­ПО­АЛЬ­БУ­МИ­НЕ­МИЯ; Д) МИК­РО­ГЕ­МА­ТУ­РИЯ; Е) СТРАН­ГУ­РИЯ; Ж) ПОЛ­ЛА­КИ­ЗУ­РИЯ; З) ПРО­ТЕИ­НУ­РИЯ ВЫ­ШЕ 3 Г/Л; И) ПРО­ТЕИ­НУ­РИЯ НИ­ЖЕ 3 Г/Л; К) ГИА­ЛИ­НО­ВЫЕ И ЗЕР­НИ­СТЫЕ ЦИ­ЛИН­Д­РЫ; Л) ГИ­ПЕР­ЛИ­ПИ­ДЕ­МИЯ:
175. а, в, д, и, к
176. б, в, г, д, з, к, л
177. б, г, е, ж, з, к
178. а, б, в, г, е, з, к
179. а, в, г, д, з, к
180. КА­КИЕ КЛИ­НИ­КО-ЛА­БО­РА­ТОР­НЫЕ ПРИ­ЗНА­КИ СВИ­ДЕ­ТЕЛЬ­СТ­ВУ­ЮТ О СНИ­ЖЕ­НИИ КОН­ЦЕН­ТРА­ЦИ­ОН­НОЙ ФУНК­ЦИИ ПО­ЧЕК? А) ПОЛ­ЛА­КИ­ЗУ­РИЯ; Б) НИК­ТУ­РИЯ; В) АЗО­ТЕ­МИЯ; Г) ИЗО­СТЕ­НУ­РИЯ; Д) ИШУ­РИЯ; Е) ГИ­ПО­СТЕ­НУ­РИЯ; Ж) ПО­ЛИ­УРИЯ; З) АНУ­РИЯ; И) ПРО­ТЕИ­НУ­РИЯ:
181. б, г, е, ж
182. б, г, е, з
183. б, в, е, з, и
184. а, б, е, ж
185. б, в, д, з
186. ДЛЯ КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО КЛОКОЧУЩЕЕ ДЫХАНИЕ, СЛЫШИМОЕ НА РАССТОЯНИИ, И МАССА ВЛАЖНЫХ КРУПНОПУЗЫРЧАТЫХ НЕЗВОНКИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ?
187. хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность
188. хроническая левожелудочковая сердечная недостаточность
189. острая левожелудочковая сердечная недостаточность (сердечная астма)
190. острая левожелудочковая сердечная недостаточность (альвеолярный отек легких)
191. крупозная пневмония с абсцедированием
192. У БОЛЬНОГО 45 ЛЕТ ИМЕЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРАВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ. В МОЧЕ БЕЛОК -0,66Г/Л, ЛЕЙКОЦИТЫ-6-8 В П. ЗР., ЭРИТРОЦИТЫ - ЕДИНИЧНЫЕ В П. ЗР. ИМЕЮТСЯ ГИАЛИНОВЫЕ ЦИЛИНДРЫ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
193. хронический пиелонефрит
194. хронический гломерулонефрит
195. амилоидоз почек
196. нефротический синдром
197. возможно все
198. УКАЖИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ:
199. стойкий выпот
200. подозрение на эмпиему плевры
201. подозрение на раковую этиологию
202. неясные причины выпота
203. во всех перечисленных случаях
204. ДЛЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
205. нарушение сознания
206. полипноэ
207. обильная мокрота
208. уменьшение дыхательных шумов
209. признаки острого легочного сердца
210. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ СООТВЕТСТВУЕТ СТЕНОКАРДИИ:
211. иррадиация болей в нижнюю челюсть
212. возникновение болей при подъеме на лестницу (более 1 этажа)
213. длительность болей 40 мин и более
214. выявление стеноза коронарной артерии
215. боли сопровождаются чувством нехватки воздуха
216. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ СЕРДЦА НА ВЕРХУШКЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДРОЖАНИЕ, НЕ СОВПАДАЮЩЕЕ С ПУЛЬСАЦИЕЙ НА A. CAROTIS. ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЭТО ХАРАКТЕРНО?
217. митральный стеноз
218. митральная недостаточность
219. аортальный стеноз
220. аортальная недостаточность
221. недостаточность 3-створчатого клапана
222. ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ – ЭТО:

1. повышение воздушности альвеол-
2. снижение эластичности альвеолярной ткани
3. и то, и другое
4. ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ ЗАСТОЙНЫХ ЯВЛЕНИЙ В ЛЕГКИХ, ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
5. незвонкие влажные хрипы в нижне-задних отделах
6. звонкие влажные хрипы
7. боли при дыхании
8. очаговые тени
9. шум трения плевры
10. У БОЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СИММЕТРИЧНЫ, КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ, ПЕЧЕНОЧНАЯ ТУПОСТЬ СМЕЩЕНА ВНИЗ. ВАШ ДИАГНОЗ:
11. гидропневмоторакс
12. фиброз
13. диффузная эмфизема легких
14. бронхиальная астма
15. лобулярная пневмония
16. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ:
17. увеличение КДО левого желудочка
18. увеличение давления в левом предсердии
19. увеличение сердечного выброса
20. снижение давления в левом желудочке
21. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НА ОСНОВАНИИ СЕРДЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ ДРОЖАНИЕ, СОВПАДАЮЩЕЕ С ПУЛЬСАЦИЕЙ НА A. CAROTIS. ДЛЯ КАКОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЭТО ХАРАКТЕРНО?
22. митральный стеноз
23. митральная недостаточность
24. аортальный стеноз
25. аортальная недостаточность
26. недостаточность 3-створчатого клапана
27. ОБЪЯСНИТЕ, ЧТО ТАКОЕ «MELENA»
28. «жирный», блестящий, плохо смывающийся кал
29. жидкий кал черного цвета
30. обесцвеченный кал (серый)
31. кал с кусочками непереваренной пищи
32. черный оформленный кал
33. КАКОВ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ?
34. тупая, давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
35. схваткообразные ноющие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо при приеме жирной пищи
36. постоянная тупая боль, не связанная с премом пищи
37. боли в эпигастрии, возникающие натощак и через 2-3 часа после еды-
38. боли через 30 мин после еды
39. У БОЛЬНОГО: ГРУДНАЯ КЛЕТКА НОРМАЛЬНОЙ ФОРМЫ, СМЕЩЕНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ НЕТ, ТУПОЙ ЗВУК ПРИ ПЕРКУССИИ, ЗВОНКИЕ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ И ОТЧЕТЛИВАЯ КРЕПИТАЦИЯ. ВАШ ДИАГНОЗ:
40. лобарная пневмония
41. эмфизема
42. пневмоторакс
43. бронхоэктазы
44. фиброз легкого
45. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ЭКГ- ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:
46. негативный зубец Т
47. нарушение ритма и проводимости
48. наличие комплекса QS
49. смещение сегмента ST ниже изолинии
50. снижение амплитуды зубца R
51. КАКИМ ОТДЕЛОМ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА АБСОЛЮТНАЯ ТУПОСТЬ?
52. левое предсердие
53. левый желудочек
54. правый желудочек
55. правое предсердие
56. ОЦЕНИТЕ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО: ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ -1027, МУТНАЯ ЖИДКОСТЬ, ЗЕЛЕНОВАТО-ЖЕЛТОГО ЦВЕТА, БЕЛОК- 60 Г/Л, ПРОБА РИВОЛЬТА +++, МИКРОСКОПИЯ ОСАДКА - НЕЙТРОФИЛЫ ПОКРЫВАЮТ ВСЕ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ:
57. транссудат
58. гнойный экссудат
59. геморрагический (раковый) экссудат
60. экссудат при туберкулезном плеврите
61. КАКОЙ ИЗ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ?
62. боли натощак
63. боли через 30 мин после еды
64. боли через 2,5 часа после еды
65. боли справа в эпигастрии
66. изжога, кислая отрыжка
67. ПОСЛЕ ПРОРЫВА ОСТРОГО ОДИНОЧНОГО АБСЦЕССА В БРОНХ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:
68. полость с горизонтальным уровнем на рентгенограмме
69. повышение температуры тела до 39 С и выше
70. кашель с выделением большого количества мокроты с неприятным запахом
71. улучшение общего состояния
72. кровохарканье
73. У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (1-Е) СУТКИ) РАЗВИЛСЯ ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РЕЗКОЙ СЛАБОСТЬЮ, ПАДЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ. НА ЭКГ: ЗУБЕЦ Р НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, QRS УШИРЕН (>0,12 СЕК) И ДЕФОРМИРОВАН, ЧИСЛО ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ 150 В МИН. ВАШ ДИАГНОЗ:
74. пароксизм мерцания предсердий
75. желудочковая пароксизмальная тахикардия
76. трепетание предсердий
77. синусовая тахикардия
78. наджелудочковая пароксизмальная тахикардия
79. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНА «ТРЕУГОЛЬНАЯ» ФОРМА КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА?
80. митральный стеноз
81. недостаточность 3-створчатого клапана
82. легочное сердце
83. экссудативный перикардит
84. сухой перикардит (например, при уремии)
85. ОЦЕНИТЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | КОЛИЧЕСТВО | ОБЩ. К-ТЬ | СВОБ. К-ТЬ |
| БАЗАЛЬНАЯ  СЕКРЕЦИЯ | 12 | 16 | 0 |
| СТИМУЛЯЦИЯ ГИСТАМИНОМ | 30 | 44 | 0 |
| 30 | 60 | 0 |
| 21 | 50 | 0 |
| 10 | 21 | 0 |

РЕАКЦИЯ НА МОЛОЧНУЮ КИСЛОТУ ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ,

ПЕПСИН ОТСУТСТВУЕТ

1. гиперхлоргидрия
2. гипохлоргидрия
3. ахлоргидия
4. ахилия
5. норма
6. КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА?
7. рентгенологический
8. эндоскопический
9. кал на скрытую кровь
10. желудочный сок с гистамином
11. эндоскопия с биопсией
12. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ (ПОСТОЯННЫЙ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ:
13. притупление
14. бронхиальное дыхание в месте притупления
15. лихорадка
16. влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы
17. ослабление дыхания
18. ДЛЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
19. снижение АД менее 90/50 мм рт. ст.
20. тахикардия
21. акроцианоз
22. снижение общего периферического сосудистого сопротивления
23. олигоанурия
24. ОБЪЯСНИТЕ, ПОЧЕМУ ПОСЛЕ ОТКАШЛИВАНИЯ УМЕНЬШАЮТСЯ БАСОВЫЕ СУХИЕ ХРИПЫ?
25. уменьшается бронхоспазм
26. уменьшаются проявления раннего экспираторного закрытия бронхов
27. происходит отхаркивание вязкой мокроты
28. уменьшается отек интерстициальной ткани
29. ПРИ КАКОМ СОДЕРЖАНИИ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА УЖЕ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ХРОНИЧЕСКУЮ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНУЮ АНЕМИЮ?
30. 20-30 мкмоль/л
31. 12-20 мкмоль/л
32. 6-12 мкмоль/л
33. 2-6 мкмоль/л
34. У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА, В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОБОСТРЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ ЖАЛОБЫ НА ОТРЫЖКУ «ТУХЛЫМ ЯЙЦОМ», РВОТУ ПРИНЯТОЙ НАКАНУНЕ ПИЩЕЙ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКЛО У БОЛЬНОГО?
35. пенетрация
36. перфорация
37. кровотечение
38. стеноз привратника
39. малигнизация
40. ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ОБЫЧНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ВЛАЖНЫЕ ХРИПЫ В ЛЕГКИХ?
41. пневмоторакс
42. фиброзирующий альвеолит
43. плевральный выпот
44. рак легкого
45. эмфизема легких
46. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ЭКГ-ПРИЗНАК ТРАНСМУРАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА:
47. горизонтальная депрессия ST
48. депрессия ST выпуклостью кверху и несимметричный зубец Т
49. подъем ST
50. глубокие зубцы Q
51. зубцы QS
52. ЧТО ТАКОЕ ХАНТЕРОВСКИЙ (ГУНТЕРОВСКИЙ) ГЛОССИТ?
53. язык густо обложен белым налетом, сосочки гипертрофированы
54. язык обложен желтоватым налетом, сосочки гипертрофированы
55. ярко красный язык, сосочки атрофированы
56. отечный, увеличенный в размерах
57. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИМПТОМА КУРВУАЗЬЕ?
58. увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой,
59. увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет
60. механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна
61. паренхиматозная желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна
62. К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ?
63. хронический гастрит
64. язвенная болезнь желудка
65. язвенная болезнь 12-перстной кишки
66. холецистит
67. панкреатит
68. КАКОЙ ФАКТОР НЕ УЧАСТВУЕТ В МЕХАНИЗМЕ УДУШЬЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ?
69. альвеолярный отек
70. отек слизистой бронхов
71. бронхоспазм
72. повышение секреции слизи
73. нарушение выделения мокроты
74. У БОЛЬНОГО 52 ГОДА С ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ВОЗНИК ПРИСТУП УДУШЬЯ. ПРИ ОСМОТРЕ: ДИФФУЗНЫЙ ЦИАНОЗ, В ЛЕГКИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ВЛАЖНЫХ РАЗНОКАЛИБЕРНЫХ ХРИПОВ. ЧСС - 100 В МИН. АД - 120/100 ММ РТ СТ. КАКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО?
75. кардиогенный шок
76. тромбоэмболия легочной артерии
77. отек легких
78. разрыв межжелудочковой перегородки
79. ничего из перечисленного
80. КАК ИЗМЕНИТСЯ 11 ТОН СЕРДЦА ПРИ ПОВЫШЕНИИ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ?
81. ослабление 11 тона на легочной артерии
82. только акцент 11 тона на легочной артерии
83. только расщепление 11 тона на легочной артерии
84. акцент и расщепление 11 тона на легочной артерии
85. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ГЛУБОКОЕ, ШУМНОЕ РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ?
86. Чейн-Стокса
87. дыхание Биота
88. стридорозное дыхание
89. Куссмауля
90. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ:
91. кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
92. снижения эритропоэтической функции почек
93. воздействия уремических токсинов на костный мозг
94. внутрисосудистого гемолиза
95. всех вышеперечисленных

1. КОМПОНЕНТЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:
2. задержки мокроты
3. ларингоспазма
4. воспаления бронхов
5. бронхоспазма
6. отека слизистой бронхов
7. КАКОЙ ПРИЗНАК ВСТРЕЧАЕТСЯ ТОЛЬКО С НАСТУПЛЕНИЕМ 2-ОЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ВОЗ)?
8. гипертонические кризы
9. дилатация сердечных полостей
10. стабилизация АД в форме систоло-диастолической гиепртензии
11. гипертрофия левого желудочка
12. появление приступов стенокардии
13. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ И ЗА ГРУДИНОЙ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:
14. с зондирования желудка
15. с рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта
16. с ЭКГ
17. с гастродуоденоскопии
18. с исследования мочи на уропепсин
19. СРАВНИТЕЛЬНУЮ ПЕРКУССИЮ ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ, ПЕРКУТИРУЯ:
20. только по ребрам
21. только по межреберьям
22. по ребрам и межреберьям
23. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА?
24. отеки и массивный транссудат
25. артериальная гипертензия
26. лейкоцитурия
27. монотонное снижение удельного веса мочи при пробе по Зимницкому
28. асимметричное нарушение функции почек при ренографии
29. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЛУЧШЕ ВСЕХ ПОКАЗЫВАЕТ БРОНХИАЛЬНУЮ ОБСТРУКЦИЮ?
30. диффузионная способность (поС02)
31. остаточный объем
32. максимальная вентиляция легких (МВД)
33. проба Тиффно
34. жизненная емкость легких (ЖЕЛ)
35. В ПОВЫШЕНИИ АД УЧАСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ, КРОМЕ:
36. увеличение сердечного выброса
37. задержка натрия
38. увеличение активности ренина
39. увеличение продукции катехоламинов
40. повышение венозного давления
41. ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ ИБС, КРОМЕ:
42. повышение уровня липопротеидов высокой плотности
43. сахарный диабет
44. артериальная гипертония
45. наследственная отягощенность
46. курение
47. КАКИЕ ПОБОЧНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ?

1. крепитация
2. влажные мелкопузырчатые хрипы
3. сухие хрипы
4. шум трения плевры
5. плевро-перикардиальные шумы
6. В КАКОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ?
7. начальном
8. олигурическом
9. начальном полиурическом
10. позднем полиурическом
11. восстановительном
12. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В ФАЗЕ ОПЕЧЕНЕНИЯ:
13. отставание одной половины грудной клетки при дыхании
14. мелкопузырчатые влажные хрипы
15. притупление соответственно доле
16. усиленная бронхофония
17. бронхиальное дыхание в зоне притупления
18. ДЛЯ ПОЛНОЙ A-V БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ ОДНОГО:
19. частота пульса 36 в мин
20. правильный ритм
21. учащение пульса при физической нагрузке
22. увеличение систолического артериального давления
23. меняющаяся интенсивность тонов сердца
24. АСЦИТ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ:
25. вторичного гиперальдостеронизма
26. гипоальбуминурии
27. портальной гипертензии
28. всего вышеперечисленного
29. ничего из перечисленного
30. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:
31. курение
32. хронические воспалительные заболевания легких
33. пневмокониозы
34. алкоголизм
35. мужской пол
36. СЛЕДУЮЩИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ ВЕРНЫ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, КРОМЕ ОДНОГО:
37. приступ купируется ингаляцией сальбутамола
38. в мокроте могут быть найдены кристаллы Шарко-Лейдена
39. наличие эмфиземы легких
40. при затянувшемся приступе выслушиваются влажные хрипы
41. болезнь развивается в любом возрасте
42. ВСЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, КРОМЕ:
43. гипертензия
44. боли в поясничной области
45. изменение мочи
46. отеки
47. дизурия
48. КАКОЙ ШУМ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ?
49. голосистолический
50. протосистолический
51. мезосистолический
52. гпресистолический
53. протодиастолический
54. У БОЛЬНОГО ВНЕЗАПНО ВОЗНИК ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ (160 В МИНУТУ), КОТОРЫЙ ВРАЧ КУПИРОВАЛ МАССАЖЕМ КАРОТИДНОГО СИНУСА. ПРИСТУП СЕРДЦЕБИЕНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БЫЛ ОБУСЛОВЛЕН:
55. синусовой тахикардией
56. пароксизмальной мерцательной аритмией
57. пароксизмальным трепетанием предсердий
58. пароксизмальной наджелудочковой тахикардией
59. пароксизмальной желудочковой тахикардией
60. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЛОРОСТЕНОЗА СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:
61. рвота, приносящая облегчение
62. истощение и обезвоживание
63. тетания
64. диарея
65. шум «плеска»
66. ДЛЯ КАКОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ХАРАКТЕРНО ВЫСЛУШИВАНИЕ СУХИХ СВИСТЯЩИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ:

1. повышение воздушности легких
2. наличие жидкости в полости плевры
3. нарушение бронхиальной проходимости
4. уплотнение легочной ткани
5. наличие полости в легочной ткани
6. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ МОЧИ МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
7. белка более Зг/л
8. белка менее 1 г/л
9. относительная плотность менее 1005
10. большое количество уратов
11. КАКОЙ ПРИЗНАК ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
12. набухание шейных вен
13. асцит
14. увеличение печени
15. ортопное
16. отеки на ногах
17. ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ PQ, РАВНОГО 0,28 СЕК, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО:
18. блокады синоатриального проведения
19. блокады атриовентрикулярного проведения 1-й степени
20. блокады атриовентрикулярного проведения 2-й степени
21. блокады атриовентрикулярного проведения 3-й степени
22. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА?
23. дуоденальное зондирование
24. УЗИ
25. холецистография
26. рентгеноскопия желудка
27. ретроградная панкреато-холангиография
28. ПРИ КАКОМ ВОЗБУДИТЕЛЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ?
29. пневмококк
30. стрептококк
31. стафилококк
32. легионелла
33. вирус
34. МАКРОГЕМАТУРИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК, КРОМЕ:
35. острый гломерулонефрит
36. инфаркт почки
37. амилоидоз почек
38. почечно-каменная болезнь
39. гипернефрома
40. ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КОМЕ:
41. увеличение размеров сердца
42. ритм галопа
43. ритм перепела
44. маятникообразный ритм
45. снижение сердечного выброса
46. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
47. хлопающий первый тон на верхушке
48. систолический шум на верхушке
49. увеличение границ сердца влево
50. снижение сердечного выброса
51. ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ НЕХАРАКТЕРНО:
52. смена поносов запорами
53. изжога
54. боли в левом подреберье
55. плохая переносимость жирной пищи
56. ничего из перечисленного
57. ХАРАКТЕРИСТИКА МАССИВНОГО АТЕЛЕКТАЗА:
58. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
59. то же, но смещение в сторону притупления
60. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
61. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
62. инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация
63. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХПН ЯВЛЯЕТСЯ:
64. артериальная гипертензия
65. гиперкалиемия
66. повышение уровня креатинина крови
67. олигурия
68. анемия.
69. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА У КРАЯ ГРУДИНЫ СЛЫШЕН ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ПРОВОДЯЩИЙСЯ НА СОСУДЫ ШЕИ И В МЕЖЛОПАТОЧНУЮ ОБЛАСТЬ. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ:
70. стеноз устья аорты
71. стеноз митрального отверстия
72. недостаточность аортального клапана
73. недостаточность митрального клапана
74. ПАЦИЕНТ 19 ЛЕТ НАПРАВЛЕН НА ОБСЛЕДОВАНИЕ С ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА. ПРИ ОСМОТРЕ БЫЛ ВЫЯВЛЕН СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. КАКОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОРОКА СЕРДЦА?
75. ЭКГ
76. эхокардиография
77. рентгеноскопия грудной клетки
78. исследование крови на титры антистрептококковых антител
79. ни один из перечисленных методов
80. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:
81. холедохолитиаз
82. стриктура Фатерова соска
83. рак головки поджелудочной железы
84. ничего из перечисленного
85. все вышеназванное
86. ХАРАКТЕРИСТИКА АБСЦЕССА ЛЕГКОГО, СОЕДИНЕННОГО С БРОНХОМ:
87. притупление, ослабленное дыхание и бронхофония, смещение средостения в противоположную сторону
88. то же, но смещение в сторону притупления
89. притупление с тимпаническим звуком, амфорическое дыхание, крупнопузырчатые хрипы
90. притупление, бронхиальное дыхание, усиленная бронхофония
91. инспираторная одышка, уменьшение объема легких, крепитация
92. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
93. гипоальбуминемия
94. суточная потеря белка более 3 г/л
95. визостенурия
96. гиперлипидемия
97. отеки
98. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА У КРАЯ ГРУДИНЫ СЛЫШЕН ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ПРОВОДЯЩИЙСЯ В ТОЧКУ БОТКИНА. У БОЛЬНОЙ ИМЕЕТСЯ:
99. недостаточность митрального клапана
100. стеноз митрального отверстия
101. недостаточность аортального клапана
102. стеноз устья аорты
103. КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ АД ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
104. не изменяется
105. повышается только систолическое
106. повышается только диастолическое
107. повышается систолическое АД и понижается диастолическое
108. понижается систолическое АД и повышается диастолическое
109. ЗАСТОЮ ЖЕЛЧИ СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ:
110. нарушения ритма питания
111. понос
112. беременность
113. малая физическая активность
114. психоэмоциональные факторы
115. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА?
116. коробочный звук
117. инспираторная одышка
118. удлиненный выдох
119. сухие хрипы на выдохе
120. часто непрдуктивный кашель
121. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
122. коробочный перкуторный звук
123. удлиненный выдох
124. рассеянные сухие хрипы на выдохе
125. бронхиальное дыхание
126. экспираторная одышка
127. ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:
128. экспираторная одышка
129. дискантовые сухие хрипы
130. мелкопузырчатые влажные хрипы
131. кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой
132. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА?
133. систолический шум на верхушке сердца
134. ослабленный 1-й тон на верхушке
135. протодиастолический шум во 2-м межреберье справа
136. пресистолический шум на верхушке
137. ослабленный 2-й тон во 2-ом межреберье справа
138. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В ДИЕТЕ:
139. углеводы
140. белки
141. жиры
142. жидкость
143. минеральные соли
144. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ МОГУТ БЫТЬ ВСЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:
145. пневмосклероз
146. эксудативный плеврит
147. легочное кровотечение
148. абсцедирование
149. рестриктивная дыхательная недостаточность
150. У МУЖЧИНЫ 23 ЛЕТ СРЕДИ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСЛЕ СИЛЬНОГО КАШЛЯ ВОЗНИК ПРИСТУП РЕЗКИХ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СПРАВА. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ: СПРАВА ТИМПАНИТ, ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ И БРОНХОФОНИИ. ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
151. крупозная пневмония
152. острый бронхит
153. плеврит
154. тромбоэмболия легочной артерии
155. спонтанный пневмоторакс
156. У БОЛЬНОГО НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ПЕРИОДИЧЕСКИ (1-2 РАЗА В МИНУТУ) СЛЫШЕН ПУШЕЧНЫЙ ТОН СТРАЖЕСКО. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 30 В МИН. ЧТО У БОЛЬНОГО?
157. мерцательная аритмия
158. блокада ножки п. Гиса
159. полная атрио-вентрикулярная блокада
160. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
161. ревматизма
162. инфаркта миокарда
163. травмы грудной клетки
164. инфекционного эндокардита
165. всех вышеперечисленных заболеваний
166. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ОТДАЛЕННЫМ МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. регионарные лимфоузлы
2. печень
3. вирховская железа
4. дугласово пространство
5. легкие
6. КАКОЙ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МОКРОТЫ С ДОСТОВЕРНОСТЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ДЕСТРУКЦИИ ТКАНИ ЛЕГКОГО:
7. кристаллы Шарко-Лейдена
8. лейкоциты
9. эластические волокна
10. спирали Куршмана
11. эритроциты
12. У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
13. одышка
14. тахикардия
15. акроцианоз
16. блокада правой ножки пучка Гиса
17. бочкообразная грудная клетка
18. ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЦИАНОЗА ХАРАКТЕРНО:
19. диффузный цианоз, серый оттенок, «теплый» цианоз
20. дистальная локализация (акроцианоз), «холодный» цианоз
21. ни одна из перечисленных характеристик
22. КАКОЙ ПРИЗНАК НЕХАРАКТЕРЕН ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?
23. пульсация зрачков
24. снижение пульсового давления
25. быстрый и высокий пульс
26. высокое систолическое АД
27. высокий сердечный выброс
28. ДЛЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
29. сосудистые звездочки, гинекомастия, увеличение печени
30. главным признаком является спленомегалия, обычно вызванная портальной гипертензией
31. может быть макроцитарная анемия в связи с дефицитом витамина В12
32. в 33% случаев имеется невысокая лихорадка, не связанная с инфекцией
33. ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:
34. экспираторная одышка
35. дискантовые сухие хрипы
36. мелкопузырчатые влажные хрипы
37. кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой
38. К ПРОЯВЛЕНИЯМ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
39. надсадный кашель
40. сухие свистящие хрипы
41. экспираторная одышка
42. затруднение выделения мокроты
43. инспираторная одышка
44. КОГДА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ САККАДИРОВАННОЕ ДЫХАНИЕ?
45. при наличии препятствия в крупных бронхах
46. при сужении (спазме) голосовой щели
47. при бронхоспазме
48. при неравномерных сужениях мелких бронхов
49. при воспалительном уплотнении легочной ткани
50. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС БЫВАЕТ:
51. при стенозе устья аорты
52. при недостаточности митрального клапана
53. при легочной гипертензии любого происхождения
54. при недостаточности трикуспидального клапана
55. при недостаточности клапана аорты
56. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ:
57. уровень альбуминов
58. уровень билирубина
59. тимоловая проба
60. уровень трансаминаз
61. ни один из перечисленных тестов
62. ПРОСТРАНСТВО ТРАУБЕ ИСЧЕЗАЕТ:
63. при левостороннем экссудативном плеврите
64. при эмфиземе легких
65. при гипертрофии правого желудочка сердца
66. при перфорации язвы желудка
67. при бронхоэктазах
68. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЕ) МОГУТ (МОЖЕТ) ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА?
69. хронический обструктивный бронхит
70. силикоз
71. фиброзирующий альвеолит
72. ожирение
73. все выше перечисленные заболевания
74. У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ ЖЕЛТУШНОСТЬ СКЛЕР И КОЖИ, ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ КРОВИ: ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ АЛАНИНОВОЙ И АСПАРАГИНОВОЙ ТРАНСАМИНАЗ. О КАКОЙ ЖЕЛТУХЕ ИДЕТ РЕЧЬ?
75. механической
76. паренхиматозной
77. гемолитической
78. К ВАМ НА ПРИЕМ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ, ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЧЕРЕЗ 1,5-2 ЧАСА ПОСЛЕ ЕДЫ И НАТОЩАК. НА НАЛИЧИЕ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО УКАЗЫВАЕТ ЭТОТ СИМПТОМ?
79. хронический гастрит
80. язвенная болезнь желудка
81. язвенная болезнь 12-перстной кишки
82. холецистит
83. панкреатит
84. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ТОНЫ НЕРИТМИЧНЫЕ, ПЕРИОДИЧЕСКИ ПЕРВЫЙ ТОН УСИЛИВАЕТСЯ, ЧСС=91 УДАР В МИН, ПУЛЬС БОЛЬНОГО НЕРИТМИЧНЫЙ, ЧАСТОТА 73 УД В МИН. У БОЛЬНОГО:
85. экстрасистолия
86. мерцательная аритмия
87. трепетание предсердий
88. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:
89. курение
90. хронические воспалительные заболевания легких
91. пневмокониозы
92. алкоголизм
93. мужской пол
94. ЧТО ИЗ ПРЕДСТАВЛЕННОГО НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ПРИЗНАКАМ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ?
95. увеличение печени
96. снижение венозного давления
97. замедление скорости кровотока
98. цианоз
99. отеки
100. В КАКИХ СТРУКТУРАХ ЛЕГКИХ ВОЗНИКАЕТ КРЕПИТАЦИЯ?
101. бронхах крупного калибра
102. альвеолах
103. бронхах среднего калибра
104. бронхах мелкого калибра
105. ПАРОКСИЗАМЛЬНАЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ТАХИКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ:
106. внезапное начало и прекращение
107. комплексы QRS не уширены
108. полиурия в конце приступа
109. частота сердечных сокращений до 120 в минуту
110. может быть купирована при массаже каротидного синуса
111. ДЛЯ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ФАЗЕ РЕМИССИИ НЕХАРАКТЕРНО:
112. смена поносов запорами
113. изжога
114. боли в левом подреберье
115. плохая переносимость жирной пищи
116. ничего из перечисленного
117. БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ПО ТИПУ «АМФОРИЧЕСКОГО» ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ:
118. полость в легком, сообщающаяся с бронхом
119. эмфизема легких
120. обтурационный ателектаз
121. жидкость в плевральной полости
122. ОСОБЕННОСТЬ ПУЛЬСА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
123. брадикардия
124. мерцательная аритмия
125. малый медленный
126. высокий скорый
127. ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ:
128. холедохолитиаз
129. стриктура Фатерова соска
130. рак головки поджелудочной железы
131. ничего из перечисленного
132. все вышеназванное
133. КИНЖАЛЬНАЯ» БОЛЬ В ЖИВОТЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:
134. прободении язвы желудка
135. пенетрации язвы желудка
136. стенозе привратника
137. обострении язвенной болезни желудка
138. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО ОСЛАБЛЕННОЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ДЫХАНИЕ, СУХИЕ РАССЕЯННЫЕ СВИСТЯЩИЕ ХРИПЫ, СЛЫШНЫЕ НА РАССТОЯНИИ. ЧТО У БОЛЬНОГО?
139. бронхиальная астма
140. сердечная астма
141. бронхоэктатическая болезнь
142. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ШОКЕ СВЯЗАНА СО СЛЕДУЮЩИМ:
143. гиперволемией
144. гипотонией
145. гиперкалиемией
146. протеинурией
147. азотемией
148. РИТМ «ПЕРЕПЕЛА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
149. миокардита
150. артериальной гипертензии
151. острого инфаркта миокарда
152. митрального стеноза
153. КАКИМ ОТДЕЛОМ СЕРДЦА ОБРАЗОВАНА АБСОЛЮТНАЯ ТУПОСТЬ?
154. Левое предсердие
155. Левый желудочек
156. Правый желудочек
157. Правое предсердие
158. «ОПОЯСЫВАЮЩИЕ» БОЛИ В ЖИВОТЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ:
159. хроническом гастрите
160. хроническом колите
161. холецистите
162. панкреатите
163. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО СПРАВА У УГЛА ЛОПАТКИ УЧАСТОК БРОНХИАЛЬНОГО ДЫХАНИЯ, ЗДЕСЬ ЖЕ СЛЫШНЫ ЗВОНКИЕ МЕЛКОПУЗЫРЧАТЫЕ ХРИПЫ. У БОЛЬНОГО:
164. абсцесс легкого
165. обострение хронического бронхита
166. очаговая пневмония
167. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕФРИТА В СТАДИИ ХПН ХАРАКТЕРНО:
168. анемия
169. олигурия
170. артериальная гипертония
171. изогипостенурия
172. все перечисленное
173. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА НА ВЕРХУШКЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ПРОВОДЯЩИЙСЯ В Т. БОТКИНА И В ПОДМЫШЕЧНУЮ ВПАДИНУ. ЧТО У БОЛЬНОГО?
174. стеноз устья аорты
175. недостаточность митрального клапана
176. стеноз митрального отверстия
177. недостаточность аортального клапана
178. ПРИ ПЕРКУССИИ ЛЕГКИХ СПРАВА ВНИЗУ ТУПОЙ ЗВУК НА ЗНАЧИТЕЛЬНОМ ПРОТЯЖЕНИИ, БОРОНХОФОНИЯ УСИЛЕНА, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ БРОНХИАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ. У БОЛЬНОГО:
179. очаговая пневмония
180. крупозная пневмония в стадии опеченения
181. обострение хронического бронхита
182. экссудативный плеврит
183. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА?
184. величины протеинурии,
185. клубочковой фильтрации
186. креатинина сыворотки
187. холестерина сыворотки
188. канальцевой реабсорбции воды
189. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА НА ВЕРХУШКЕ СЛЫШЕН ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИМ УСИЛЕНИЕМ, ПРОВОДЯЩИЙСЯ В Т. БОТКИНА. ЧТО У БОЛЬНОГО?
190. недостаточность аортального клапана
191. стеноз устья аорты
192. недостаточность митрального клапана
193. стеноз митрального отверстия
194. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ЭТО
195. специфическое проявление общей этики в деятельности врача;
196. наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников;
197. наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств;
198. верно все вышеперечисленное;
199. нет правильного варианта.
200. КАКАЯ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ "ВРАЧ-ПАЦИЕНТ" НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНА С ПОЗИЦИИ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТОВ:
201. "инженерно-техническая модель" - врач как специалист;
202. "патерналистская модель" - врач как "духовный отец";
203. "кооперативная модель" - сотрудничество врача и пациента;
204. "договорная модель" - врач как "поставщик", а пациент - "потребитель медицинских услуг".
205. К СФЕРЕ, КАКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ НОРМЫ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ:
206. взаимоотношения врача и пациента;
207. взаимоотношения врача и родственников пациента;
208. взаимоотношения в медицинском коллективе;
209. взаимоотношения медицинских работников и общества;
210. все названное.
211. ЧТО СОСТАВЛЯЕТ ПРЕДМЕТ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ:
212. сведения о состоянии пациента в период его болезни;
213. информация о факте обращения за медицинской помощью;
214. состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении;
215. все вышеперечисленное.
216. СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ:
217. защиты внутреннего мира человека, его автономии;
218. защиты социальных и экономических интересов личности;
219. создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент";
220. поддержания престижа медицинской профессии;
221. все вышеперечисленное.
222. В КАКОМ ДОКУМЕНТЕ СФОРМУЛИРОВАНЫ ОСНОВНЫЕ ПОСТУЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ:
223. международный кодекс медицинской этики;
224. женевская декларация;
225. лиссабонская декларация;
226. хельсинкская декларация
227. во всех перечисленных;
228. ВРАЧ МОЖЕТ ИНФОРМИРОВАТЬ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТА О СОСТОЯНИИ ЕГО ЗДОРОВЬЯ ТОЛЬКО В ТАКОМ СЛУЧАЕ:
229. неизлечимость болезни;
230. психические расстройства;
231. с согласия пациента;
232. необходимость оперативного вмешательства;
233. при инфекционном заболевании пациента.
234. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ:
235. право на отклоняющееся поведение;
236. осознанный выбор моральных принципов и правил поведения;
237. уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм;
238. безусловная необходимость подчинять личные интересы корпоративным;
239. приоритет интересов медицинской науки над интересами конкретного больного.
240. ДЛЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЯВЛЯЕТСЯ:
241. исполняй долг;
242. не прелюбодействуй;
243. храни врачебную тайну;
244. помоги коллеге;
245. принцип невмешательства.
246. ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СФЕРУ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ:
247. на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного;
248. на основании медицинских показаний;
249. на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности;
250. на основании требования родственников;
251. на основании извлечения финансовой выгоды.
252. КАКОЙ МЕТОД СЛЕДУЕТ НАЗВАТЬ СУБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ:
253. расспрос пациента (или его родственников);
254. осмотр пациента;
255. пальпация;
256. перкуссия.
257. ПРИ РАССПРОСЕ БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В СЕРДЦЕ НЕОБХОДИМО ВЫЯСНИТЬ:
258. связь болей с физической нагрузкой, стрессом;
259. локализацию боли;
260. характер боли;
261. обстоятельства, способствующие исчезновению боли
262. все верно
263. БОЛЬНОЙ М, 54 ГОДА НАХОДИТСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ, ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ В ЛЕГКОМ. МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, ВЫПОЛНЯВШАЯ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА, ВО ВРЕМЯ ОЧЕРЕДНОЙ МАНИПУЛЯЦИИ, СКАЗАЛА ПАЦИЕНТУ, ЧТО ЕГО СОСТОЯНИЕ БЕЗНАДЕЖНО И ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПРИНЕСЕТ НИКАКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ, ВОЗМОЖНО У НЕГО РАЗОВЬЕТСЯ РАК ЛЕГКОГО. ЧТО, СОГЛАСНО, ПРИНЦИПАМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ МОГЛА СКАЗАТЬ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА:
264. при общении с пациентом медсестра имеет право сообщить ему о его диагнозе, проинформировать об исходах заболевания и эффективности проводимого лечения;
265. медсестра не имеет права рассказывать пациенту о его диагнозе. Но может информировать о диагнозе, лечении и прогнозе его родственников и знакомых;
266. медицинская сестра не имела права передавать всю ту информацию, которой владеют специалисты;
267. В ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСТУПИЛ БОЛЬНОЙ Т., 80 ЛЕТ С ИНСУЛЬТОМ. СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА ТЯЖЕЛОЕ, НАХОДИТСЯ В ГЛУБОКОМ СОПОРЕ. НО В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В РЕАНИМАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БЫЛО ОТКАЗАНО. РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНОГО БЫЛИ СИЛЬНО ВОЗМУЩЕННЫ И ПОТРЕБОВАЛИ ОБЪЯСНЕНИЯ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА. СВОЁ РЕШЕНИЕ ОН МОТИВИРОВАЛ ТЕМ, ЧТО ОН НЕ ХОЧЕТ ТРАТИТЬ СВОЁ ВРЕМЯ НАПРАСНО, ТАК КАК ПАЦИЕНТ ПОЖИЛОЙ И ПРОГНОЗ ЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ, А В ЛЮБОЙ МОМЕНТ МОЖЕТ ПОСТУПИТЬ МОЛОДОЙ БОЛЬНОЙ, У КОТОРОГО БОЛЬШЕ ВЕРОЯТНОСТЬ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВРАЧА:
268. отказ врача в госпитализации больного не может быть мотивирован предпочтением одного пациента другому на основании какого-либо признака (национальность, возраст, прогноз заболевания и т.п.), что нарушает базовые этические и деонтологические правила в медицине;
269. доктор прав, он правильно обосновал свой отказ в госпитализации;
270. он обязан был оказать неотложную медицинскую помощь как можно быстрее, рассмотрев возможность применения тромболитической терапии;
271. необходимо оставить пациента в приемном отделении и если в течение часа никто не поступит, то госпитализировать.
272. Верно 1 и 3
273. Верно 2 и 4
274. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:
275. кашель, сонливость, диарея;
276. одышка, сердцебиение, АД;
277. кашель, температура, одышка;
278. одышка, отеки, раздражительность.
279. БОЛЬНЫЕ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБ НА:
280. кожный зуд;
281. одышка;
282. сердцебиение;
283. отеки на ногах.
284. У ЖЕНЩИНЫ ТЕМПЕРАТУРА 39,7 , ПОЗВОНИЛА ВЫЗВАТЬ БРИГАДУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. НА ЕЁ ПРОСЬБУ ПРИЕХАТЬ, ЕЙ ПОСОВЕТОВАЛИ ПИТЬ ТАБЛЕТКИ. ЖЕНЩИНА СКАЗАЛА, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ИНВАЛИДОМ 2 ГРУППЫ, СТРАДАЕТ ЭПИЛЕПСИЕЙ И У НЕЁ ПОСТЕПЕННО УХУДШАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, НА ЧТО ДИСПЕТЧЕР НАГРУБИЛ ЖЕНЩИНЕ, ПОПРОСИЛ НЕ БЕСПОКОИТЬ ИХ ПО ПУСТЯКАМ И ПОЛОЖИЛ ТРУБКУ. НА ПОВТОРНЫЙ ЗВОНОК НИКТО НЕ ОТВЕТИЛ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ДИСПЕТЧЕРА:
285. диспетчер порекомендовал женщине вызвать участкового терапевта;
286. диспетчер скорой медицинской помощи должен действовать согласно протоколу. Бросать трубку и не отвечать на звонки является грубым нарушением профессиональных обязанностей;
287. диспетчер порекомендовал лечиться самостоятельно;
288. диспетчер прав, так как показаний к госпитализации у пациентки нет, и вызов скорой помощи будет необоснованным.
289. КАКАЯ ЖАЛОБА НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА:
290. изжога;
291. диарея;
292. рвота;
293. частое мочеиспускание;
294. боль в животе.
295. КАКИЕ ЗВЕНЬЯ ВКЛЮЧАЕТ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС:
296. беседа с больным, постановка диагноза;
297. беседа с больным, постановка диагноза, назначения лечения;
298. беседа с больным, постановка диагноза, назначения лечения, выписка;
299. беседа с больным, назначение лечения, выписка.
300. КАКОЙ ПОРЯДОК ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРЯДКОМ ЭТИЧНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВО ВСЕХ ЗВЕНЬЯХ МЕДИЦИНСКОЙ СТРУКТУРЫ ОТДЕЛЕНИЯ:
301. младшая медицинская сестра – палатная сестра – старшая сестра – ординаторы/врачи – заведующий отделениям;
302. младшая медицинская сестра – палатная сестра – сестра-хозяйка – старшая сестра – ординаторы/врачи – заведующий отделениям;
303. младшая медицинская сестра – палатная сестра – старшая сестра – ординаторы /врачи – заведующий отделениям;
304. палатная сестра – сестра-хозяйка – старшая сестра – ординаторы/врачи – заведующий отделениям.
305. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПОЯВЛЕНИЕ ОТЕКОВ ХАРАКТЕРНО:
306. на лице;
307. на нижних конечностях;
308. в брюшной полости;
309. все ответы верны.
310. ПОСТЕПЕННОЕ НАРАСТАНИЕ ГЛУБИНЫ И ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЕГО УМЕНЬШЕНИЕМ - ЭТО ДЫХАНИЕ:
311. Биота;
312. Грокка;
313. Куссмауля;
314. Чейна-Стокса.
315. ЧТО НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:

1. эластичность грудной клетки;
2. шум трения плевры;
3. болезненность грудной клетки;
4. голосовое дрожание.
5. РИГИДНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ:
6. обтурационном ателектазе;
7. эмфиземе легких;
8. застое в малом круге кровообращения;
9. абсцессе легкого.
10. ПЕРВЫЙ ТОН СЕРДЦА ОБРАЗУЕТСЯ ЗАХЛОПЫВАНИЕМ:
11. аортального клапана;
12. клапана легочного ствола;
13. аортального клапана и клапана легочного ствола;
14. двухстворчатого и трехстворчатого клапанов.
15. ЧТО ПРИВОДИТ К ОСЛАБЛЕНИЮ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ:
16. ожирение, обтурационный ателектаз легкого;
17. астеническая конституция, кахексия, воспалительный процесс в легком;
18. скопление жидкости в плевральной полости, воздух в плевральной полости;
19. гиперстеническая конституция, эмфизема легких.
20. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ВЕРХУШКОЙ СЕРДЦА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
21. недостаточности митрального клапана;
22. недостаточности аортального клапана;
23. митрального стеноза;
24. недостаточность клапана легочного ствола.
25. КАКОЕ ДЫХАНИЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ НАД УПЛОТНЕННЫМ УЧАСТКОМ ЛЕГКОГО, ЗАНИМАЮЩЕГО СЕГМЕНТ ИЛИ ДОЛЮ ПРИ ОТКРЫТОМ БРОНХЕ:
26. бронхиальное дыхание;
27. везикулярное дыхание;
28. усиленное везикулярное дыхание;
29. амфорическое дыхание.
30. МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ СУХИХ ХРИПОВ:

1. скопившийся в бронхах воспалительный экссудат образует нити, натянутые между стенками бронхов, или свободно свисающие язычки, колеблющиеся при прохождении воздуха;
2. воспалительный экссудат заполняет только отдельные участки бронхов так, что воздух при дыхании через них проходит, но отдельными пузырьками;
3. появляющееся в альвеолах небольшое количество жидкости (воспалительный экссудат или отечная жидкость, или кровь) смачивает стенки альвеол, которые при дыхании издают звуки разлипания;
4. альвеолы и бронхи в соответствующих участках полностью заполнены воспалительным экссудатом, препятствующим прохождение воздуха.
5. ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ – ЭТО:
6. нижняя граница артериального давления;
7. верхняя граница артериального давления;
8. разница между систолическим и диастолическим артериальным давлением;
9. верного ответа нет.
10. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КАРДИОЛОГИИ:
11. эхокардиография;
12. велоэргометрия;
13. рентгенография органов грудной полости;
14. все ответы верны.
15. ВЫДЕЛЕНИЕ БЕЛКА С МОЧОЙ НАЗЫВАЕТСЯ:
16. глюкозурия;
17. уробилинурия;
18. протеинурия;
19. гематурия.
20. У БОЛЬНОГО ВЫДЕЛЯЕТСЯ МОЧА ЦВЕТА «МЯСНЫХ ПОМОЕВ». НАЗОВИТЕ ЭТОТ СИМПТОМ:
21. микрогематурия;
22. лейкоцитурия;
23. бактериурия;
24. протеинурия;
25. макрогематурия.
26. ПОРЦИЯ «В» ЖЕЛЧИ ИМЕЕТ ЦВЕТ:
27. белый;
28. оливковый;
29. светло-желтый;
30. темно-желтый.
31. В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ МАШИНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИЗ СПОРТИВНОГО ЗАЛА ДОСТАВЛЕН МОЛОДОЙ ЧЕЛОВЕК, 23 ЛЕТ, У КОТОРОГО ВО ВРЕМЯ ПОДЪЕМА ШТАНГИ ПОЯВИЛАСЬ РЕЗКАЯ БОЛЬ В ПРАВОЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ, НАРАСТАЮЩАЯ ОДЫШКА. ПРИ ОСМОТРЕ: ПРАВАЯ ПОЛОВИНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТСТАЕТ В АКТЕ ДЫХАНИЯ, ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТИМПАНИЧЕСКИЙ ЗВУК, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫЯВЛЕНО ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ОСЛАБЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ И БРОНХОФОНИИ. О КАКОМ СИНДРОМЕ МОЖНО ДУМАТЬ:
32. синдром уплотнения легочной ткани;
33. синдром скопления жидкости в плевральной полости;
34. синдром скопления воздуха в плевральной полости;
35. синдром повышенной воздушности легочной ткани.
36. ПАЦИЕНТ Б. ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ОДЫШКУ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, КРОВОХАРКАНЬЕ ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. В АНАМНЕЗЕ ЧАСТЫЕ АНГИНЫ В ДЕТСТВЕ. ДАННОЕ УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ОЧЕРЕДНОГО ПРОСТУДНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ: АКРОЦИАНОЗ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК ОСЛАБЛЕН, ОГРАНИЧЕН, СМЕЩЕН КНУТРИ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИМПТОМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО «КОШАЧЬЕГО МУРЛЫКАНИЯ». ПЕРКУТОРНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ СПРАВА ВО 2 И 3 МЕЖРЕБЕРЬЕ, СЛЕВА В 3 МЕЖРЕБЕРЬЕ И РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ АБСОЛЮТНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА: РИТМ «ПЕРЕПЕЛА», ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. ОБ ИЗМЕНЕНИИ, КАКИХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА МОЖНО ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:
37. правого предсердия и правого желудочка;
38. левого предсердия, правого предсердия и правого желудочка;
39. левого предсердия и левого желудочка;
40. левого и правого желудочков.
41. ПАЦИЕНТ К. ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ЧАСТЫЕ ОБМОРОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИЙ: БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, ВЫРАЖЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ, ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ТОЛЧОК ЗНАЧИТЕЛЬНО СМЕЩЕН ВЛЕВО ДО ПЕРЕДНЕ-ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ, ВЫСОКИЙ, РАЗЛИТОЙ. ПРИ ПЕРКУССИИ ЗНАЧИТЕЛЬНО РАСШИРЕНЫ ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ СЛЕВА В 4-5 МЕЖРЕБЕРЬЕ. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ: II ТОН НА АОРТЕ ОСЛАБЛЕН, ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ, ПРОВОДЯЩИЙСЯВ ТОЧКУ БОТКИНА-ЭРБА. О КАКОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА МОЖНО ДУМАТЬ:
42. митральная недостаточность;
43. аортальный стеноз;
44. митральный стеноз;
45. аортальная недостаточность.
46. У БОЛЬНОГО М., 83 ЛЕТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КЛОКОЧУЩЕЕ ДЫХАНИЕ, СЛЫШИМОЕ НА РАССТОЯНИИ, ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ - МНОЖЕСТВО ВЛАЖНЫХ КРУПНОПУЗЫРЧАТЫХ НЕ ЗВОНКИХ ХРИПОВ НАД ВСЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛАБЛЕНИЕ I ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА. О КАКОЙ ПАТОЛОГИИ МОЖНО ДУМАТЬ:
47. хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность;
48. хроническая левожелудочковая сердечная недостаточность;
49. острая левожелудочковая сердечная недостаточность;
50. крупозная пневмония с абсцедированием.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ответ | № | Ответ | № | Ответ | № | Ответ | № | Ответ |
| 1 | 5 | 71 | 3 | 141 | 4 | 211 | 2 | 281 | 2 |
| 2 | 1 | 72 | 5 | 142 | 3 | 212 | 5 | 282 | 2 |
| 3 | 4 | 73 | 2 | 143 | 5 | 213 | 3 | 283 | 2 |
| 4 | 3 | 74 | 1 | 144 | 3 | 214 | 3 | 284 | 4 |
| 5 | 5 | 75 | 3 | 145 | 3 | 215 | 3 | 285 | 2 |
| 6 | 2 | 76 | 4 | 146 | 1 | 216 | 4 | 286 | 2 |
| 7 | 3 | 77 | 4 | 147 | 3 | 217 | 2 | 287 | 4 |
| 8 | 4 | 78 | 1 | 148 | 1 | 218 | 2 | 288 | 4 |
| 9 | 3 | 79 | 5 | 149 | 3 | 219 | 4 | 289 | 1 |
| 10 | 2 | 80 | 2 | 150 | 2 | 220 | 3 | 290 | 1 |
| 11 | 4 | 81 | 3 | 151 | 3 | 221 | 4 | 291 | 1 |
| 12 | 3 | 82 | 4 | 152 | 2 | 222 | 2 | 292 | 3 |
| 13 | 2 | 83 | 4 | 153 | 4 | 223 | 3 | 293 | 4 |
| 14 | 5 | 84 | 1 | 154 | 1 | 224 | 5 | 294 | 3 |
| 15 | 1 | 85 | 2 | 155 | 3 | 225 | 3 | 295 | 5 |
| 16 | 1 | 86 | 3 | 156 | 3 | 226 | 5 | 296 | 2 |
| 17 | 3 | 87 | 1 | 157 | 2 | 227 | 3 | 297 | 3 |
| 18 | 2 | 88 | 2 | 158 | 2 | 228 | 3 | 298 | 2 |
| 19 | 1 | 89 | 3 | 159 | 2 | 229 | 3 | 299 | 4 |
| 20 | 3 | 90 | 4 | 160 | 2 | 230 | 1 | 300 | 3 |
| 21 | 4 | 91 | 5 | 161 | 4 | 231 | 2 |  |  |
| 22 | 1 | 92 | 1 | 162 | 4 | 232 | 4 |  |  |
| 23 | 2 | 93 | 3 | 163 | 5 | 233 | 3 |  |  |
| 24 | 5 | 94 | 3 | 164 | 4 | 234 | 5 |  |  |
| 25 | 2 | 95 | 4 | 165 | 4 | 235 | 4 |  |  |
| 26 | 1 | 96 | 3 | 166 | 3 | 236 | 4 |  |  |
| 27 | 1 | 97 | 5 | 167 | 3 | 237 | 5 |  |  |
| 28 | 1 | 98 | 2 | 168 | 4 | 238 | 1 |  |  |
| 29 | 4 | 99 | 1 | 169 | 2 | 239 | 5 |  |  |
| 30 | 1 | 100 | 4 | 170 | 5 | 240 | 2 |  |  |
| 31 | 4 | 101 | 2 | 171 | 3 | 241 | 3 |  |  |
| 32 | 5 | 102 | 1 | 172 | 1 | 242 | 2 |  |  |
| 33 | 3 | 103 | 4 | 173 | 3 | 243 | 4 |  |  |
| 34 | 2 | 104 | 3 | 174 | 1 | 244 | 4 |  |  |
| 35 | 4 | 105 | 5 | 175 | 3 | 245 | 2 |  |  |
| 36 | 2 | 106 | 1 | 176 | 4 | 246 | 4 |  |  |
| 37 | 1 | 107 | 2 | 177 | 4 | 247 | 5 |  |  |
| 38 | 1 | 108 | 5 | 178 | 5 | 248 | 1 |  |  |
| 39 | 2 | 109 | 4 | 179 | 2 | 249 | 2 |  |  |
| 40 | 3 | 110 | 4 | 180 | 4 | 250 | 5 |  |  |
| 41 | 4 | 111 | 5 | 181 | 3 | 251 | 1 |  |  |
| 42 | 1 | 112 | 1 | 182 | 2 | 252 | 1 |  |  |
| 43 | 3 | 113 | 1 | 183 | 1 | 253 | 2 |  |  |
| 44 | 2 | 114 | 3 | 184 | 4 | 254 | 4 |  |  |
| 45 | 3 | 115 | 2 | 185 | 5 | 255 | 3 |  |  |
| 46 | 1 | 116 | 4 | 186 | 1 | 256 | 4 |  |  |
| 47 | 1 | 117 | 2 | 187 | 2 | 257 | 1 |  |  |
| 48 | 1 | 118 | 2 | 188 | 4 | 258 | 5 |  |  |
| 49 | 1 | 119 | 2 | 189 | 2 | 259 | 2 |  |  |
| 50 | 1 | 120 | 5 | 190 | 3 | 260 | 2 |  |  |
| 51 | 1 | 121 | 1 | 191 | 4 | 261 | 1 |  |  |
| 52 | 3 | 122 | 3 | 192 | 4 | 262 | 4 |  |  |
| 53 | 1 | 123 | 5 | 193 | 4 | 263 | 4 |  |  |
| 54 | 1 | 124 | 2 | 194 | 5 | 264 | 3 |  |  |
| 55 | 3 | 125 | 3 | 195 | 3 | 265 | 5 |  |  |
| 56 | 4 | 126 | 1 | 196 | 4 | 266 | 4 |  |  |
| 57 | 5 | 127 | 1 | 197 | 4 | 267 | 5 |  |  |
| 58 | 2 | 128 | 2 | 198 | 3 | 268 | 5 |  |  |
| 59 | 1 | 129 | 3 | 199 | 3 | 269 | 3 |  |  |
| 60 | 4 | 130 | 5 | 200 | 4 | 270 | 2 |  |  |
| 61 | 2 | 131 | 4 | 201 | 3 | 271 | 1 |  |  |
| 62 | 5 | 132 | 3 | 202 | 2 | 272 | 1 |  |  |
| 63 | 4 | 133 | 1 | 203 | 3 | 273 | 1 |  |  |
| 64 | 1 | 134 | 2 | 204 | 3 | 274 | 5 |  |  |
| 65 | 1 | 135 | 5 | 205 | 2 | 275 | 3 |  |  |
| 66 | 2 | 136 | 4 | 206 | 1 | 276 | 5 |  |  |
| 67 | 4 | 137 | 3 | 207 | 5 | 277 | 3 |  |  |
| 68 | 3 | 138 | 5 | 208 | 2 | 278 | 1 |  |  |
| 69 | 4 | 139 | 1 | 209 | 3 | 279 | 2 |  |  |
| 70 | 1 | 140 | 1 | 210 | 1 | 280 | 4 |  |  |

**Критерии для оценки результатов тестирования на промежуточной аттестации:**

70% правильных ответов – 1 балл;

менее 70% правильных ответов – 0 баллов.

**Варианты классификаций знаний и действий обучающегося на экзамене**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Варианты классификаций знаний и действий обучающегося на экзамене** | | | | | **Ориентировочная шкала экзаменационных баллов** | |
| **№** | **Тестовые задания** | **№** | **Теоретические вопросы** | **№** | **Практическая часть: решение ситуационных задач** | **Комбинация вариантов классификаций знаний и действий обучающегося** | **Баллы** |
| 1 | Правильно ответил на все поставленные вопросы (>70%), отражающие освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) в полном объеме | 3 | Изложил содержание всех вопросов билета с использованием информации из основной и дополнительной литературы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) в полном объеме | 8 | Наличие навыков клинического мышления и умение оценивать ситуационные задачи, отражающие полно и правильно этапы освоения уровня знаний, умений, требуемые для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) в полном объеме | 1+3+8  2+3+8  1+4+8  1+4+9  1+5+8  2+4+8  2+4+9  2+6+9  1+6+10  2+5+10  1+7+9  2+7+8  2+6+10  2+7+10 | 15,14  13  12,11  10  9,8,7  6,5,43,2,1 |
| 2 | Допустил множество существенных ошибок при ответе (< 70%) на поставленные вопросы, отражающие освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) | 4 | Самостоятельно изложил все вопросы билета в пределах информации основной литературы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) в полном объеме | 9 | Недостаточное развитие навыков клинического мышления и умение оценивать ситуационные задачи, отражающие полно и правильно этапы освоения уровня знаний, умений, требуемые для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) |
| 5 | Недостаточно полное изложение всех вопросов билета, потребовавшее дополнительные наводящие вопросы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) | 10 | Отсутствие навыков клинического мышления и умение оценивать ситуационные задачи, отражающие полно и правильно этапы освоения уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК -3, ПК -4) |
| 6 | Незнание одного из двух вопросов, при правильном изложении другого, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ПК-3, ПК -4) |
| 7 | Незнание двух вопросов билета |

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра пропедевтики внутренних болезней

направление подготовки (специальность) 31.05.01 Лечебное дело

дисциплина пропедевтика внутренних болезней

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**I.** **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №** 5

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Данные осмотра при сердечно-сосудистых заболеваниях: цианоз, отеки, отрицательный и положительный венный пульс, сердечный горб, патологические пульсации в области сердца и сосудов. Признаки декомпенсации сердечной деятельности.

2. Дифференциальная диагностика сердечной астмы и бронхиальной астмы.

3. Пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника. Исследование мочи по Нечипоренко.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная задача № 31.

ЭКГ№3

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор ( К.М. Иванов)

Декан лечебного факультета, д.м.н., профессор (Д.Н. Лященко)

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Знать профессиональные, моральные обязанности и правила поведения медицинского работника по отношению к пациенту,  нормы взаимоотношений между медицинским работником и родственниками пациентов, а также между коллегами в медицинском коллективе, основную медицинскую терминологию, документацию. | Вопросы  № 1,2,3,4,12,21 |
| Уметь применять профессиональные обязанности и правила поведения медицинского работника во взаимоотношении с пациентом, его родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе. Провести расспрос больного, правильно собрать анамнез пациентов, страдающих заболеваниями различных органов и систем. | Практические задания № 33, 34, 35 |
| Владеть навыком проведения расспроса больного, правильного сбора анамнеза пациентов, страдающих заболеваниями различных органов и систем, с соблюдением моральных и правовых норм, этических и деонтологических принципов в профессиональной деятельности врача. | Практические задания № 33, 34, 35 |
| 2 | ПК-3 Способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных. | Знать теоретические основы непосредственных методов исследования, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического профиля. | вопросы № 4, 5, 6, 7,8,10,11,12,13,14, 15,16,17,18,19,20, 21,22,23,24,25,26, 27,28,29,30,31,32, 34,35,36,37,38,39, 40,41,42,43,44,45, 46,47,48,49,50,51, 52,53,54,55,56,57, 58,59,61,62,63,64, 65,66,67,68,69,70, 71,72,73,74,75,76, 77,78,79,80,81 |
| Уметь провести физикальное обследование пациента, интерпретировать результаты современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического профиля. | практические задания № 1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26,27, 28,29,30,31,32 |
| Владеть методами физикального обследования пациента  Владеть навыками интерпретировать результаты современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического профиля. | практические задания № 1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26,27, 28,29,30,31,32 |
| практические задания № 1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26,27, 28,29,30,31,32 |
| 3 | ПК-4 Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) | Знать основные клиническое синдромы в клинике внутренних болезней, протекающих в типичной форме у взрослого населения. | Вопросы №28-115 |
| Уметь интерпретировать результаты физикального и лабораторно-инструментального обследования при наиболее часто встречающейся терапевтической патологии, уметь оформить историю болезни стационарного больного при патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем с диагностикой основных синдромов. | практические задания № 1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26,27, 28,29,30,31,32 |
| Владеть навыком интерпретировать результаты физикального и лабораторно-инструментального обследования при наиболее часто встречающейся терапевтической патологии. Владеть алгоритмом написания истории болезни стационарного больного при патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем с диагностикой основных синдромов. | практические задания № 1, 2, 3, 4, 5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26,27, 28,29,30,31,32 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 5 баллов) складывается из суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины;

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 10 баллов включительно. Количество баллов складывается из полученных оценок, путем их суммирования и расчета средней арифметической.

По окончании каждого модуля дисциплины проводится рубежный контроль в форме тестирования и определяется количество баллов рубежного контроля максимально 5 баллов.

**Критерии для оценки результатов тестирования:**

91 - 100% правильных ответов - 5 баллов;

81 - 90% правильных ответов – 4 балла;

71 - 80% правильных ответов – 3 балла;

менее 70 % правильных ответов – 2 балла.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

Текущий фактический рейтинг получается суммированием баллов по каждому из вышеперечисленных направлений.

**Правила формирования бонусных баллов обучающегося**

Бонусные баллы, начисляемые по решению кафедры, обучающемуся за определенные виды академической активности, проявленной в ходе изучения дисциплины. Диапазон бонусных баллов от 0 до 5. Критерии получения бонусных баллов:

* посещение обучающимся всех практических занятий и лекций – 2 балла;
* результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-ое место – 3 балла, 2-ое место – 3 балла, 3-е место – 2 балла, участие – 1 балл.

**Варианты классификаций знаний и действий обучающегося на экзамене**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Варианты классификаций знаний и действий обучающегося на экзамене** | | | | | **Ориентировочная шкала экзаменационных баллов** | |
| **№** | **Тестовые задания** | **№** | **Теоретические вопросы**  **(3 вопроса в билете)** | **№** | **Практическая часть: решение ситуационных задач** | **Комбинация вариантов классификаций знаний и действий обучающегося** | **Баллы** |
| 1 | Правильно ответил на все поставленные вопросы (>71%), отражающие освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4) в полном объеме -**1 балл** | 9 | Правильное, полное самостоятельное изложение вопроса с использованием материала лекционного курса, практических занятий, основной и дополнительной литературы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4). Свободная ориентация в вопросах физикального исследования, семиологии, лабораторно-инструментального исследования. Правильные ответы на дополнительные вопросы- **6 баллов** | 15 | Наличие навыков клинического мышления и умение оценивать ситуационные задачи, отражающие полно и правильно этапы освоения уровня знаний, умений, требуемые для формирования компетенций (ПК-3; ПК-4) в полном объеме. Правильная оценка лабораторного исследования с использованием в заключении медицинской терминологии, знание методики лабораторного исследования и правильные ответы на дополнительные вопросы по предполагаемой патологии – **5 баллов** | 1+9+15+21  2+9+15+21  2+8+14+20  1+4+8  1+4+9  1+5+8  2+4+8  2+4+9  2+6+9  1+6+10  2+5+10  1+7+9  2+7+8  2+6+10  2+7+10 | 26,27,28,  29,30  20,21,22,23,24,25  15,16,17,18,19  14,13,12,11,10,9,8,7,6,5,4,3,2,1,0. |
| 2 | Допустил множество существенных ошибок при ответе (< 71%) на поставленные вопросы, отражающие освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4) – **0 баллов** | 8 | Правильное самостоятельное изложение вопроса с использованием материала лекционного курса, практических занятий, основной и дополнительной литературы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4). Недостаточная ориентация в вопросах физикального исследования, семиологии, лабораторно-инструментального исследования, требующая уточнения. Правильные ответы на дополнительные вопросы – **5 баллов** | 14 | Правильная оценка лабораторного исследования с использованием в заключении медицинской терминологии, знание методики лабораторного исследования. Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы по предполагаемой патологии, требуемые для формирования компетенций (ПК-3; ПК-4) – **4 балла** |
| 7 | Правильное самостоятельное изложение вопроса с использованием материала лекционного курса, практических занятий, основной и дополнительной литературы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4). Недостаточная ориентация в вопросах физикального исследования, семиологии, лабораторно-инструментального исследования, требующая уточнения. Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы.  - **4 балла** | 13 | Правильная оценка лабораторного исследования. Отсутствие знаний медицинской терминологии, проводимой методики лабораторного исследования, требуемых для формирования компетенций (ПК-3; ПК-4) Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы по предполагаемой патологии **– 3 балла** |
| 6 | Недостаточно полное изложение вопроса, потребовавшее дополнительных, наводящих вопросов, отражающих освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4). Отсутствие знаний материала лекционного курса. Недостаточная и ошибочная ориентация в вопросах физикального исследования, семиологии, лабораторно-инструментального исследования, требующая уточнения. Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы -**3 балла** | 12 | Ошибки в интерпретации лабораторного исследования. Отсутствие знаний медицинской терминологии, проводимой методики лабораторного исследования, требуемых для формирования компетенций (ПК-3; ПК-4) Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы по предполагаемой патологии– **2 балла** |
| 5 | Недостаточно полное изложение вопроса, с отсутствием знаний материала лекционного курса, практических занятий, отражающих освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4). Отсутствует ориентация в вопросах физикального исследования, семиологии, лабораторно-инструментального исследования. Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы – **2 балла** | 11 | Не правильная оценка лабораторного исследования. Отсутствие знаний медицинской терминологии, проводимой методики лабораторного исследования, требуемых для формирования компетенций (ПК-3; ПК-4) Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы по предполагаемой патологии– **1 балл** |
| 4 | Не может самостоятельно ответить. Отсутствуют знания материала лекционного курса, практических занятий. Отсутствует ориентация в вопросах физикального исследования, семиологии, лабораторно-инструментального исследования, отражающих освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4). Отсутствуют правильные ответы на дополнительные вопросы – **1 балл** | 10 | Нет ответа на анализ лабораторного исследования, требуемых для формирования компетенций (ПК-3; ПК-4) **– 0 баллов** |
| 3 | Нет ответа на теоретический вопрос Отсутствует освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК-1; ПК-3; ПК-4) **- 0 баллов** |  |  |
|  |  | № | **Практическая часть: анализ электрокардио-граммы** |
|  |  | 21 | Правильный анализ ЭКГ, грамотно составленное заключение ЭКГ, отражающее формирование компетенций (ПК-3; ПК-4) в полном объеме – **6 баллов** |
|  |  |  |  | 20 | Правильный анализ ЭКГ с неточно сформулированным заключением, отражающим формирование компетенций (ПК-3; ПК-4) – **5 баллов** |  |  |
|  |  |  |  | 19 | Правильный анализ ЭКГ с недостаточно полной интерпретацией полученных данных, отражающих формирование компетенций (ПК-3; ПК-4). Например: классификация экстрасистол, полная или неполная блокада ножек пучка Гиса, альтернация ЭКГ, низковольная ЭКГ и т.д.- **4 балла** |  |  |
|  |  |  |  | 18 | Недостаточно полный анализ ЭКГ при жизненно угрожаемой патологии, отражающих формирование компетенций (ПК-3; ПК-4). Например: инфаркт миокарда Q-позитивный и негативный, локализация, стадия инфаркта миокарда; суправентрикулярные и желудочковые пароксизмальные тахикардии, атриовентрикулярные блокады, трепетание и фибрилляция предсердий и желудочков – **3 балла** |  |  |
|  |  |  |  | 18 | Грубые ошибки в анализе ЭКГ. Неправильный подсчет ЧСС, не диагностированный и ошибочно диагностированный инфаркт миокарда, ошибки в интерпретации ритма сердца, отражающих недостаточное формирование компетенций (ПК-3; ПК-4) – **2 балла** |  |  |
|  |  |  |  | 17 | Неправильно проведенный анализ ЭКГ ,отражающий недостаточное формирование компетенций (ПК-3; ПК-4) **– 1 балл** |  |  |
|  |  |  |  | 16 | Отсутствует анализ ЭКГ, отражающий недостаточное формирование компетенций (ПК-3; ПК-4) **– 0 баллов** |  |  |