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 специальности

*32.05.01 Медико-профилактическое дело*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности *32.05.01 Медико-профилактическое дело*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от « 22 » июня 2018 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:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.1 Этичность в общении с коллегами, использование знаний истории медицины |
| ОПК-9 Способен проводить донозологическую диагностику заболеваний для разработки профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний | Инд.ОПК.9.1 Оперирование современными методами и понятиями донозологической диагностики, методами медицинской генетики и персонифицированной медицины при решении поставленной профессиональной задачи. |

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

**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. Расспрос больного.

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Перечислите составные части расспроса.
2. Перечислите основные терапевтические школы, направления их деятельности.

Вариант 2

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

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

1. Определение, цель и задачи предмета пропедевтика внутренних болезней.
2. Понятие симптома, методы выявления симптомов заболеваний внутренних органов.
3. Понятие нозологической формы и принципы формулировки диагноза.
4. Перечислите основные терапевтические школы?
5. Задачи пропедевтической терапевтической школы?
6. Терапевтическая школа Г.А. Захарьина.
7. Терапевтическая школа С.П. Боткина.
8. Задачи пропедевтической терапевтической школы?
9. Что такое диагностика, ее составные части?
10. Что такое семиотика (семиология), синдром?
11. Что такое диагноз?
12. Какова структура терапевтического отделения? Режим дня в отделении?
13. Порядок госпитализации терапевтических больных?
14. Соблюдение этических норм в лечебном учреждении. Медицинская этика и деонтология.
15. Перечислите основные разделы истории болезни?
16. 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. опрос пациента
2. сбор анамнеза заболевания
3. сбор анамнеза жизни
4. сбор аллергологического анамнеза
5. сбор социального анамнеза
6. сбор акушерского анамнеза
7. 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.

**Тема 2.** Общий и частный осмотр больного.

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

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Что включает в себя общий осмотр?
2. Опишите Facies mitralis.

Вариант 2

1. Из чего состоит частный осмотр пациента?
2. Охарактеризуйте вынужденное положение больного – ортопноэ.

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

1. Виды осмотра больного?
2. Что включает в себя общий осмотр больного?
3. Какая бывает степень тяжести состояния больного?
4. Охарактеризуйте различные виды сознания.
5. Типы телосложения, положения больного.
6. Типы температурных кривых.
7. Что включает в себя частный осмотр?
8. 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.

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

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

**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;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

1. Что такое сердечный толчок?
2. Какие параметры оценивают при пальпации мышц?

Вариант 2

1. Что позволяет выявить пальпация грудной клетки?
2. При каких патологиях можно пропальпировать «кошачье мурлыуанье»?

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

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.

**Общие правила и методика проведения пальпации пациента.**

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Пальпация лимфатических узлов
2. Пальпация щитовидной железы
3. Пальпация грудной клетки
4. Пальпация сердца и сосудов
5. Пальпация живота
6. Пальпация печени
7. Пальпация почек и селезенки

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). Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной тупости, поперечник сердца, ширина сосудистого пучка. Перкуссия печени по Курлову. Перкуссия селезенки.

**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 и задания для рассмотрения:**

1. Определение метода перкуссии.
2. Физические основы перкуссии.
3. Виды перкуссии.
4. Основные правила проведения перкуссии.
5. Классификация перкуторных звуков, их характеристика.
6. Методика проведения сравнительной перкуссии легких.
7. Методика проведения топографической перкуссии легких.
8. Определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей

Кренига.

1. Определение нижних границ легких.
2. Определение подвижности нижнего легочного края.
3. Основные правила проведения перкуссии сердца.
4. Понятие об относительной сердечной тупости.
5. Понятие об абсолютной сердечной тупости. Ее границы в норме.

Техника определения.

1. Перкуторное определение ширины сосудистого пучка и поперечника

сердца.

1. Методика определения трех размеров печени по Курлову и размеров

селезенки.

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

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. Перкуссия легких (сравнительная, топографическая)
2. Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной тупости
3. Поперечник сердца
4. Ширина сосудистого пучка
5. Перкуссия печени по Курлову
6. Перкуссия селезенки.

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. 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 5.** 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;
* отработка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.**

**Вопросы для письменного опроса:**

Вариант 1

* 1. Перечислите основные дыхательные шумы?
  2. Чем характеризуется саккадированное дыхание.

Вариант 2

1. Классификация хрипов.
2. Что такое бронхофония?

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

1. Аускультация как метод физикального исследования.

2. История аускультации. Что такое посредственная, непосредственная

аускультация?

3. Основные дыхательные шумы в норме и патологии.

5. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры).

Механизм образования.

6. Понятие о бронхофонии.

**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 6.** Методы исследования больного: аускультация сердца. Тоны сердца основные и дополнительные. Основные свойства тонов: сила, тембр, расщепление, раздвоение, их изменение при патологии. 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. Напишите последовательность аускультации сердца.
2. Охарактеризуйте ритм «галопа».

Вариант 2

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

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

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.

4. Классификация сердечных шумов, механизм возникновения.

5. Понятие об органических и функциональных шумах. Их дифференциация и диагностическое значение.

6. Места наилучшего выслушивания, их проведение.

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

**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 |

**Модуль 2. Лабораторно - инструментальные методы исследования.**

**Тема 1.** 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 и задания для рассмотрения:**

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 2.** Расспрос и осмотр больных с патологией системы кровообращения. Инструментальные методы исследования. Инвазивные и неинвазивные методы диагностики. Электрокардиография.

**Формы текущего контроля успеваемости:**

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

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

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.

**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 3.** 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 и задания для рассмотрения:**

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

2. Общий и частный осмотр данных больных.

3. Рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

4. 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 4.** Расспрос и осмотр больных с патологией мочевыделительной 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. 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 и задания для рассмотрения:**

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.

**Тема 5.** Итоговое занятие по лабораторно-инструментальным методам исследования. Тестирование. Итоговая история болезни.

**Формы текущего контроля успеваемости:**

* письменный опрос;
* тестирование
* проверка историй болезни.

**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 |

**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.

*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, суль-фаниламиды) 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?).

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).

*Система кроветворения*

Описать лимфатические узлы: степень увеличения, консистенция, бо-лезненность, 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 гиперфункции (систолический шум «волчка» при аускультации щитовидной железы).

*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.

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 глюкозе, 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 желуд-ка.

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.

ОБОСНОВАНИЕ 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.

**Модуль 3. Клинические синдромы в терапевтической практике.**

**Тема 1.** 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 и задания для рассмотрения:**

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 №1, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Астматический статус.
2. Рак легкого.

**Тема 2.** Основные легочные синдромы: обтурационного и компрессионного ателектаза, скопления жидкости и воздуха в плевральной полости, недостаточность функции внешнего дыхания (острая и хроническая). Неотложная помощь при острых состояниях в пульмонологии.

**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 и задания для рассмотрения:**

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**

**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 среднеподмышечной 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?

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.

**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 №1, модуль 2 (см. выше).

**Список тем рефератов:**

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. Легочное кровотечение
3. Спонтанный пневмоторакс
4. Легочное сердце

**Тема 3.** Основные сердечные синдромы: синдром нарушения ритма сердца и проводимости, артериальной гипертонии и гипотонии, острой левожелудочковой недостаточности, хронической сердечной недостаточности, сосудистой недостаточности, острой и хронической коронарной недостаточности.

**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 и задания для рассмотрения:**

1. Основные виды аритмий (экстрасистолия, мерцательная аритмия,

пароксизмальная тахикардия). Этиология. Клиническая симптоматика

аритмий.

2. Основные виды нарушения проводимости сердца (блокады),

клиническая симптоматика (понятие о приступе Морганьи-Эдемса-Стокса).

3. Сердечная астма. Этиология, патогенез, клиническая симптоматика. Неотложная помощь. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология, патогенез, симптоматика. Стадии ХСН.

4. Этиология, клинические проявления синдрома артериальной гипертензии. Основные принципы неотложной помощи при гипертоническом кризе.

5. Синдром артериальной гипотонии. Понятие об острой сосудистой недостаточности (шок, обморок, коллапс).

6. Гипертензия малого круга кровообращения. Этиология, клиническая симптоматика.

7. Основные принципы неотложной помощи при острой сердечной недостаточности.

8. Кардиогенный шок, обморок, коллапс. Этиология, симптомы. Основные принципы оказания неотложной помощи.

9. Понятие о стенокардии, инфаркте миокарда, гипертоническом кризе. Догоспитальная помощь при данных состояниях.

**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. Гипертонический криз
2. Приступы МЭС
3. Фибрилляция предсердий
4. Кардиогенный шок
5. Обморок, коллапс
6. Отек легкого.

**Тема 4.** Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз митрального отверстия, недостаточность аортального клапана, стеноз устья аорты.

**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. 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 |

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

1. Этиология митральных пороков. Внутрисердечная гемодинамика при митральном стенозе и митральной недостаточности.

2. Жалобы больных при митральном стенозе и митральной недостаточности. Данные осмотра и пальпации при митральном стенозе и митральной недостаточности.

3. Какая конфигурация сердца при митральном стенозе и митральной недостаточности.

4. Как изменяются тоны сердца при митральном стенозе и митральной недостаточности?

5. Какой шум характерен для митрального стеноза и митральной недостаточности? Места наилучшего выслушивания.

6. Методы диагностики митрального стеноза и митральной недостаточности (понятие).

7. Этиология аортальных пороков. Нарушение внутрисердечной гемодинамики при стенозе устья аорты и недостаточности аортального клапана.

8. Жалобы больных при аортальных пороках. Данные осмотра и пальпации при аортальных пороках.

9. Изменения конфигурации сердца при аортальных пороках. Как изменяются тоны сердца при аортальных пороках.

10. Механизм возникновения, места наилучшего выслушивания шумов при аортальных пороках. Методы диагностики аортальных пороков (понятие).

**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 5.** Основные желудочные синдромы: гипосекреторный синдром, гиперсекреторный синдром, синдром «острого живота», синдром пищеводного, желудочного, кишечного кровотечений, желудочной и кишечной диспепсии, нарушение кишечного всасывания. Неотложная помощь при острых состояниях в гастроэнтерологии.

**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. 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 |

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

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.
8. Копрологическое исследование.
9. Неотложная помощь при острых состояниях в гастроэнтерологии.

**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 6.** 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;
* реферат.

**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 и задания для рассмотрения:**

1. Этиология и патогенез желтух (гемолитическая, паренхиматозная,

механическая). Особенности нарушения пигментного обмена.

2. Синдром портальной гипертонии. Патогенез, клинические проявления.

3. Гепатолиенальный синдром. Понятие, клинические проявления,

изменение состава крови.

4. Синдром печеночной недостаточности. Этиология, патогенез,

клиническая картина, особенности нарушения обмена веществ.

**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. Портальный цирроз печени
3. Вирусные гепатиты

**Тема 7.** Основные почечные синдромы: мочевой, нефротический, почечной гипертонии, почечной эклампсии, острой и хронической почечной недостаточности.

**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 и задания для рассмотрения:**

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.

**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.

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.

**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 8.** Симптоматология и методы диагностики основных синдромов при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, тиреотоксикоз). Неотложная помощь при диабетической (кетоацидотической) коме и тиреотоксической коме, анафилактическом шоке. Симптоматология острых аллергозов (анафилактический шок, крапивница, отек Квинке). Неотложная помощь.

**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. При повышенной продукции соматотропного гормона гипофиза после

закрытия зон роста скелета развивается

а) акромегалия

б) гигантизм

в) гипотиреоз

г) феохромоцитома

2. Жажда, полиурия, низкая относительная плотность мочи (1001-1005)

наблюдаются при

а) акромегалии

б) гигантизме

в) несахарном диабете

г) сахарном диабете

3. Клинические симптомы ожирения

а) избыточная масса тела, одышка

б) зябкость, запоры

в) жажда, полиурия

г) экзофтальм, тахикардия

4. Превышение массы тела на 25 % от должной наблюдается при степени

ожирения

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

5. Отечественный ученый, описавший триаду симптомов при заболевании

щитовидной железы

а) Базедов

б) Бехтерев

в) Боткин

г) Мясников

6. Причины развития диффузного токсического зоба

а) психическая травма, инфекция

б) голодание, гиповитаминозы

в) переедание, злоупотребление алкоголем

г) курение, переохлаждение

7. Тахикардия, экзофтальм, тремор наблюдаются при

а) гипотиреозе

б) диффузном токсическом зобе

в) сахарном диабете

г) эндемическом зобе

8. При диффузном токсическом зобе наблюдается

а) вялость

б) заторможенность

в) раздражительность

г) сонливость

9. Отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз (симптом

Грефе) наблюдается при

а) гигантизме

б) гипотиреозе

в) диффузном токсическом зобе

г) сахарном диабете

10. При диагностике заболеваний щитовидной железы важное значение имеет

а) общий анализ крови

б) общий анализ мочи

в) ультразвуковое исследование

г) рентгенологическое исследование

**Вариант 2**

1. Содержание в крови гормонов Т3, Т4, ТТГ определяют при диагностике

а) акромегалии

б) гипотиреоза

в) гигантизма

г) сахарного диабета

3. Снижение памяти, запоры, брадикардия наблюдаются при

а) гипотиреозе

б) диффузном токсическом зобе

в) сахарном диабете

г) феохромоцитоме

3. При гипотиреозе наблюдается

а) раздражительность

б) чувство жара

в) бессонница

г) сонливость

4. При недостаточном содержании йода в питании развивается

а) акромегалия

б) диффузный токсический зоб

в) сахарный диабет

г) эндемический зоб

5. Сухость кожи, кожный зуд, жажда и полиурия наблюдаются при

а) гипотиреозе

б) диффузном токсическом зобе

в) сахарном диабете

г) эндемическом зобе

6. Суточный диурез может составить 4 л при

а) остром гломерулонефрите

б) остром пиелонефрите

в) остром цистите

г) сахарном диабете

7. При сахарном диабете в анализе крови отмечается

а) гиперпротеинемия

б) гипопротеинемия

в) гипергликемия

г) гипербилирубинемия

8. При сахарном диабете в анализе мочи отмечается

а) бактериурия

б) глюкозурия

в) оксалатурия

г) пиурия

9. Болезнь Иценко-Кушинга развивается при патологии

а) гипофиза

б) щитовидной железы

в) поджелудочной железы

г) половых желез

10. Сахарный диабет 2 типа чаще встречается у:

а) детей

б) взрослых

в) в любом возрасте

г) мужчин

**Эталоны ответов:**

**Вариант 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | А |
| 2 | В |
| 3 | А |
| 4 | А |
| 5 | А |
| 6 | А |
| 7 | Б |
| 8 | В |
| 9 | В |
| 10 | В |

**Вариант 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | Б |
| 2 | А |
| 3 | Г |
| 4 | Г |
| 5 | В |
| 6 | Г |
| 7 | В |
| 8 | Б |
| 9 | А |
| 10 | Б |

**Вопросы и задания для рассмотрения:**

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.

5. Острые аллергозы (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок).

Этиология, патогенез, симптомы.

6. Принципы лечения острых аллергозов.

7. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

Больная З., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц. Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, экзофтальм, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 2**

Женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Больна в течение 2-х лет. Объективно: температура 35,40С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 100/60мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Задача 3**

Больная К., 18 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес. Объективно: температура 36,60С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный синдром.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Перечислите возможные осложнения.

**Эталоны ответов:**

**Задача 1**

1.Синдром гиперфункции щитовидной железы.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание;
* связь заболевания со стрессовой ситуацией;

2) объективные данные :

* субфебрильная температура;
* при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”;
* при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы;
* при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

**Задача 2**

1. Синдром гипофункции щитовидной железы.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры;
* объективные данные :
* пониженная температура тела;
* при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
* при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

**Задача 3**

1. Синдром гипергликемии, инсулинозависимый.

Обоснование:

1) данные субъективного исследования:

* полифагия, полидипсия, полиурия, похудание;
* молодой возраст;

2) объективные данные:

* сухость и шелушение кожи;
* недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

**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. Гипергликемическая гома.
2. Гипогликемическая кома
3. Макроангиопатические осложнения сахарного диабета
4. Микроангиопатические осложнения сахарного диабета
5. Тиреотоксический шок

**Тема 9.** Симптоматология и методы диагностики основных синдромов при заболеваниях крови (анемия, миелобластный, геморрагический синдром). Итоговое занятие. Тестирование. Прием практических навыков на больных.

**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 и задания для рассмотрения:**

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.

5. Этиология, патогенез, симптоматика и классификация острых,

хронических гемобластозов (лейкозов).

6. Лабораторная диагностика лейкозов, дифференциальная лабораторная

диагностика острых и хронических лейкозов, лейкемоидной реакции.

7. Миелобластный синдром – клинические варианты.

8. Геморрагический синдром. Этиология, патогенез, клинические

симптомы. Тромбоцитопеническая пурпура.

9. Практические навыки: пальпация, перкуссия, аускультация у больных с

различной терапевтической патологией.

**Решение ситуационных задач:**

**Задача 1**

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 2

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.

Эталоны ответов

Задача 1

* 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 2**

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.

**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. Пальпация грудной клетки, ее задачи.
11. Пальпация верхушечного толчка
12. Пальпация сердечного толчка
13. Пальпация щитовидной железы
14. Пальпация лимфатических узлов
15. Пальпация желудка
16. Осмотр и пальпация суставов
17. Симптом Пастернацкого
18. Осмотр и пальпация грудной клетки
19. Сравнительная перкуссия легких спереди
20. Сравнительная перкуссия легких сзади
21. Определение высоты стояния верхушек легких спереди
22. Определение высоты стояния верхушек легких сзади
23. Определение ширины полей Кренига обоих легких
24. Определение нижней границы легких по средне-ключичной линии
25. Определение нижней границы легких по средне-подмышечной линии
26. Определение нижней границы легких по лопаточной линии
27. Определение экскурсии легочного края по лопаточной линии
28. Определение правой границы относительной сердечной тупости
29. Определение левой границы относительной сердечной тупости
30. Определение границы абсолютной сердечной тупости
31. Определение перкуторных границ печени по Курлову
32. Определение перкуторных границ селезенки
33. Аускультация сердца
34. Аускультация легких

**Тестовое задание для контроля знаний по 3 модулю**

**Вариант 1**

Выберете правильный вариант ответа

1 «Митральная бабочка» характерна для:

а) стеноза устья аорты

б) митрального стеноза

в) аортальной недостаточности

г) аортального стеноза

2 Голосовое дрожание в норме несколько усилено

а) у астеников

б) у гиперстеников

в) у мужчин

г) у женщин

3 Что относится к физикальным методам исследования?

а) расспрос

б) осмотр

в) рентген

г) УЗИ

4 «Хлопающий» первый тон слышен при

а) митральном стенозе

б) недостаточности митрального клапана

в) аортальном стенозе

г) недостаточности клапана аорты

5 При аортальном стенозе пульс

а) большой, быстрый

б) малый, медленный

в) учащен, аритмичен

г) учащен, ритмичный

6 Сердечная астма, это-

а) острая правожелудочковая недостаточность

б) острая левожелудочковая недостаточность

в) дилятация левого предсердия

г) остановка сердечной деятельности

7 «Ранние» боли в животе типичны для:

а) гастрита

б) язвы 12-перстной кишки

в) панкреатита

г) стенокардии

8 Пенистая, розовая мокрота наблюдается у больных

а) с отеком легких

б) с острым бронхитом

в) с бронхиальной астмой

г) с раком легкого

9 «Дефицит пульса» типичен для:

а) мерцательной аритмии

б) синусовой тахикардии

в) синусовой аритмии

г) трепетании желудочков

10 Жалобы на «голодные» ночные боли могут быть при

а) хроническом гастрите

б) язвенной болезни 12-перстной кишки

в) раке желудка

г) эзофагите

11 «Бочкообразная» грудная клетка характерна для:

а) пневмонии

б) эмфиземы легких

в) пневмоторакса

г) отека легких

12 В стадию декомпенсации пороков сердца развивается

а) миогенная дилатация

б) тоногенная дилатация

в) гипертрофия

г) кардиомиопатия

13 «Амфорическое» дыхание над легкими выслушивается при наличии

а) полости в легком

б) жидкости в плевральной полости

в) воздуха в плевральной полости

г) эмфиземе легких

14 Гипертермия отмечается при

а) тиреотоксикозе

б) гипотиреозе

в) сахарном диабете

г) несахарном диабете

15 Положение «ортопноэ» характерно для:

а) сердечного больного

б) больного с язвенной болезнью желудка

в) больного почечными заболеваниями

г) больного с печеночной коликой

16 Ослабление 2 тона на аорте характерно для:

а) недостаточности клапанов аорты

б) недостаточности митрального клапана

в) артериальной гипертонии

г) отека легких

17 Кашель с ржавой мокротой характерен для:

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) острого бронхита

г) ХОБЛ

18 «Вирховская» железа пальпируется при

а) циррозе печени

б) раке желудка

в) гастрите

г) панкреатите

19 Черный стул ("мелена") отмечается при

а) желудочном кровотечении

б) стенозе привратника

в) язве желудка

г) панкреатите

20 «Кинжальная» боль в животе обусловлена

а) прободной язвой желудка

б) обострением хронического гастрита

в) обострением хронического панкреатита

г) обострением ЖКБ

21 Крепитация возникает

а) на вдохе при разлипании альвеол

б) при прохождении воздуха по бронхам

в) при наклоне туловища вперед

г) при смене положения тела

22 Положительный венный пульс бывает при

а) недостаточности трехстворчатого клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) артериальной гипертонии

г) инфаркте миокарда

23 Систематические запоры характерны для:

а) гастрита с пониженной секрецией

б) язвы 12-перстной кишки

в) эзофагите

г) панкреатите

24 Сосудистые «звездочки» бывают при

а) холецистите

б) циррозе печени

в) гемофилии

г) МКБ

25 Зубы «Гетчинсона» характерны для:

а) врожденного сифилиса

б) анемии

в) гастрите

г) панкреатите

26 Экзофтальм («пучеглазие») характерен для:

а) тиреотоксикоза

б) гипотиреоза

в) сахарного диабета

г) синдрома Иценко-Кушинга

27 «Львиное» лицо отмечается при

а) проказе

б) патологии щитовидной железы

в) отеке легкого

г) аллергии

28 Увеличение печени характерно для:

а) левожелудочковой недостаточности

б) правожелудочковой недостаточности

в) почечной недостаточности

г) острой кровопотери

29 Сколько аускультативных точек сердца вы знаете?

а) 4

б) 5

в) 6

г) 3

30 Смещение верхушечного толчка влево наблюдается при

а) гипертрофии левого желудочка

б) гипертрофии правого желудочка

в) гипертрофии левого предсердия

г) гипертрофии правого предсердия

31 При анемии над сердцем выслушивается

а) органический шум

б) функциональный шум

в) диастоличесий шум

г) шум Флинта

32 Сглаженность «талии» сердца бывает при

а) митральном стенозе

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) аортальной недостаточности

33 Асимметричность грудной клетки бывает при

а) эмфиземе легких

б) экссудативном плеврите

в) отеке легких

г) бронхиальной астме

34 Третий размер печени по Курлову равен

а) 7-8 см

б) 10-11 см

в) 9-8 см

г) 5-6 см

35 Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» бывает при

а) хронических нагноительных заболеваниях легких

б) остром бронхите

в) бронхиальной астме

г) пневмонии

36 Если у больного кардиосклероз, тоны на верхушке сердца

а) приглушены

б) усилены

в) аритмичны

г) не выслушиваются

37 Моча «темного» цвета отмечается при

а) гемолитической желтухе

б) механической желтухе

в) анемии

г) циррозе печени

38 «Голова медузы» как симптом характерен для:

а) цирроза печени

б) желчно-каменной болезни

в) гастрита

г) панкреатита

39 Симптом «систолического» дрожания характерен для:

а) стеноза устья аорты

б) митрального стеноза

в) аортальной недостаточности

г) митральной недостаточности

40 Отечность лица характерна для:

а) почечных больных

б) сердечных больных

в) легочных больных

г) печеночных больных

41 Гематурия характерна для:

а) гломерулонефрита

б) пиелонефрита

в) панкреатита

г) гемолитической желтухи

42 Ригидность грудной клетки повышена при

а) эмфиземе легких

б) пневмонии

в) бронхите

г) бронхоэктатической болезни легких

43 Пульс слабого наполнения характерен для:

а) артериальной гипертонии

б) инфаркта миокарда

в) пневмонии

г) гастрита

44 Частота дыхания в норме

а) 30-40 дыханий в 1 мин

б) 12-20 дыханий в 1 мин

в) 5-6 дыханий в минуту

г) 9-10 дыханий в минуту

45 «Пляска каротид» бывает при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) митральной недостаточности

г) митральном стенозе

46 Аппетит бывает понижен при

а) раке желудка

б) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

в) колите

г) панкреатите

47 «Капилярный» пульс отмечается при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) митральном стенозе

г) недостаточности митрального клапана

48 Редкий пульс обусловлен

а) преобладанием вагуса

б) преобладанием симпатической нервной системы

в) патологией почек

г) полом

49 Симптом «Мюссе» отмечается при

а) недостаточности митрального клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) митральном стенозе

г) аортальном стенозе

50 Патологическое шумное дыхание называется

а) дыханием Биота

б) дыханием Куссмауля

в) везикулярное дыхание

г) бронхиальное дыхание

**Вариант 2.**

1. При аортальном стенозе пульс

а) большой, быстрый

б) малый, медленный

в) учащен

г) ассиметричен

1. Методом пальпации определяется

а) голосовое дрожание

б) бронхофония

в) везикулярное дыхание

г) тупой звук

1. Основные физические характеристики громкого перкуторного звука

а) короткий, высокочастотный

б) продолжительный, низкочастотный

в) тихий, короткий

г) тихий продолжительный

1. Первый размер печени по Курлову (перкуторно) равен

а) 14-15 см

б) 9-10 см

в) 8-9 см

г) 12-13 см

1. Эпигастральный угол более 90° при

а) астенической грудной клетке

б) гиперстенической грудной клетке

в) нормостенической

г) деформированной грудной клетке

1. Границы абсолютной сердечной тупости определяются

а) при помощи громкой перкуссии

б) при помощи тишайшей перкуссии

в) при сравнительной

г) при топографической

1. Сердечный толчок определяется

а) при гипертрофии левого желудочка

б) при гипертрофии правого желудочка

в) при гипертрофии левого предсердия

г) при гипертрофии правого предсердия

1. При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»?

а) митральная недостаточность

б) стеноз митрального отверстия

в) аортальный стеноз

г) недостаточности аортального клапана

1. Деформированная в двух плоскостях грудная клетка называется

а) кифосколиотическая

б) эмфизематозная

в) гиперстеническая

г) гипостеническая

1. Сердечная астма - это

а) острая правожелудочковая недостаточность

б) острая левожелудочковая недостаточность

в) хроническая левожелудочковая недостаточность

г) хроническая правожелудочковая недостаточность

1. Нарушение акта глотания называется

а) дисфагия

б) полифагия

в) диспепсия

г) эйфория

1. Для сердечных больных характерен

а) акроцианоз

б) диффузный цианоз

в) гиперпигментация

г) депигментация

1. О чем свидетельствует «ритм галопа»?

а) тяжелое поражение миокарда

б) пролапс митрального клапана

в) митральной недостаточности

г) аортальном стенозе

1. Кашель с «ржавой» мокротой характерен для

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) ХОБЛ

г) бронхиальной астмы

1. Поперечник сердца перкуторно равен в норме

а) 11 -13 см

б) 15-16 см

в) 9-10 см

г) 5-6 см

1. Гематурия характерна для:

а) гломерулонефрита

б) пиелонефрита

в) печеночной недостаточности

г) отека легких

1. Пальпация печени осуществляется методом

а) поверхностной (ориентировочной) пальпации

б) глубокой пальпации

в) по Курлову

г) точечной пальпации

1. Эпигастральная пульсация наблюдается при

а) аневризме брюшного отдела аорты

б) аневризме сердца

в) гипертрофии левого желудочка

г) гипертрофии правого предсердия

1. Нарушение акта глотания называется

а) анорексия

б) дисфагия

в) диспепсия

г) эйфория

1. В какой стадии крупозной пневмонии получаем при перкуссии тупой

звук

а) стадия уплотнения

б) стадия разрешения

в) стадия прилива

г) начальную стадию

1. Тупой (тихий) звук получаем при перкуссии

а) легких

б) печени

в) живота

г) желудка

1. Голосовое дрожание усиливается

а) при эмфиземе легких

б) во вторую стадию крупозной пневмонии

в) при бронхиальной астме

г) ХОБЛ

1. Сколько аускультативных точек сердца знаете?

а) 4

б) 5

в) 3

г) 6

1. Если у больного кардиосклероз, тоны на верхушке сердца

а) приглушены

б) усилены

в) аритмичны

г) не выслушиваются

1. Голосовое дрожание в патологии ослабевает при

а) компрессионном ателектазе

б) обтурационном ателектазе

в) пневмонии

г) отеке легкого

1. Кашель с «ржавой» мокротой бывает при

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) ХОБЛ

г) бронхиальной астме

1. Диастолический шум выслушивается при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) артериальной гипертонии

г) отеке легкого

1. Кто впервые предложил метод перкуссии

а) Ауэнбруггер

б) Курлов

в) Боткин

г) Мудров

1. «Хлопающий» первый тон слышен при

а) митральном стенозе

б) недостаточности митрального клапана

в) аортальном стенозе

г) недостаточности аортального клапана

1. Гиперемия лица отмечается при

а) анемии

б) эритремии

в) гастрите

г) панкреатите

1. Диастолический шум хорошо выслушивается при недостаточности

аортального клапана

а) во 2-м межреберье справа

б) во 2-м межреберье слева

в) в 5-м межреберье слева

г) у основания мечевидного отростка

1. «Пушечный» тон Стражеско слышен при

а) митральном стенозе

б) полной АВ-блокаде

в) артериальной гипертонии

г) фибрилляции предсердий

1. Частота дыхания в норме

а) 30-40 в мин

б) 12-20 в мин

в) 25-30 в мин

г) 10-15 в мин

1. Сухие хрипы выслушиваются при

а) альвеолярном отеке легких

б) бронхиальной астме

в) артериальной гипертонии

г) фибрилляции предсердий

1. Третий размер печени по Курлову равен

а) 7-8 см

б) 10-11 см

в) 5-6 см

г) 9-8 см

1. «Коробочный» звук получаем при перкуссии

а) здоровых легких

б) легких с повышенной воздушностью (эмфизема)

в) легких при пневмонии

г) легких при абсцессе

1. Высота стояния верхушек легких спереди

а) 6-7 см

б) 3-5 см

в) 5-8 см

г) 7-9 см

1. Где проходит правая граница относительной сердечной тупости в 4

межреберье

а) по правому краю грудины

б) на 1,0-1,5 см кнаружи от правого края грудины

в) на 2,5 см кнаружи от правого края грудины

г) на 0,5 – 1,0 см кнаружи от правого края грудины

1. Кто впервые предложил метод аускультации?

а) Захарьин

б) Лаэннек

в) Боткин

г) Мудров

1. Сосудистые «звездочки» наблюдаются при

а) холецистите

б) циррозе печени

в) гастрите

г) колите

1. Нижние границы легких определяются методом

а) топографической перкуссии

б) сравнительной перкуссии

в) пальпации

г) аускультации

1. У больного с сердечной декомпенсацией наблюдается

а) лицо «Корвизара»

б) «Кушингоидное» лицо

в) Facies mitrale

г) сардонический смех

1. Напряженный пульс наблюдается при

а) артериальной гипотонии

б) артериальной гипертонии

в) фибрилляцией предсердий

г) синусовой аритмии

1. Сглаженность «талии» сердца бывает при

а) митральном стенозей

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) аортальной недостаточности.

1. Отрыжка с запахом «тухлых яиц» характерна для

а) холецистита

б) стеноза привратника

в) язвы желудка

г) панкреатита

1. Какие шумы возникают в сердце при развитии анатомических

изменений

а) функциональные

б) органические

в) систолические

г) диастолические

1. «Гунтеровский» (хантеровский) глоссит отмечается при

а) В-12 дефицитной анемии

б) железодефицитной анемии

в) гастрите

г) панкреатите

1. Перкуторная граница селезенки в норме

а) 10-14 см

б) 4-6 см

в) 5-7 см

г) 4-5 см

1. Асимметричность грудной клетки наблюдается при

а) эмфиземе легких

б) экссудативном плеврите

в) пневмонии

г) ХОБЛ

1. Рвота цвета «кофейной гущи» типична для

а) желудочного кровотечения

б) хронического гастрита

в) панкреатита

г) кишечного кровотечения

**Эталоны ответов к итоговым тестам по 3 модулю**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № ответа | **1 вариант** | № ответа | **2 вариант** |
| 1 | **Б** | 1 | **Б** |
| 2 | **А** | 2 | **А** |
| 3 | **Б** | 3 | **Б** |
| 4 | **А** | 4 | **Б** |
| 5 | **Б** | 5 | **Б** |
| 6 | **Б** | 6 | **Б** |
| 7 | **А** | 7 | **Б** |
| 8 | **А** | 8 | **Б** |
| 9 | **А** | 9 | **А** |
| 10 | **Б** | 10 | **Б** |
| 11 | **Б** | 11 | **А** |
| 12 | **А** | 12 | **А** |
| 13 | **А** | 13 | **А** |
| 14 | **А** | 14 | **Б** |
| 15 | **А** | 15 | **А** |
| 16 | **А** | 16 | **А** |
| 17 | **Б** | 17 | **Б** |
| 18 | **Б** | 18 | **А** |
| 19 | **А** | 19 | **Б** |
| 20 | **А** | 20 | **А** |
| 21 | **А** | 21 | **Б** |
| 22 | **А** | 22 | **Б** |
| 23 | **Б** | 23 | **Б** |
| 24 | **Б** | 24 | **А** |
| 25 | **А** | 25 | **Б** |
| 26 | **А** | 26 | **Б** |
| 27 | **А** | 27 | **Б** |
| 28 | **Б** | 28 | **А** |
| 29 | **Б** | 29 | **А** |
| 30 | **А** | 30 | **Б** |
| 31 | **Б** | 31 | **А** |
| 32 | **А** | 32 | **Б** |
| 33 | **Б** | 33 | **Б** |
| 34 | **А** | 34 | **Б** |
| 35 | **А** | 35 | **А** |
| 36 | **А** | 36 | **Б** |
| 37 | **Б** | 37 | **Б** |
| 38 | **А** | 38 | **Б** |
| 39 | **А** | 39 | **Б** |
| 40 | **А** | 40 | **Б** |
| 41 | **А** | 41 | **А** |
| 42 | **А** | 42 | **А** |
| 43 | **Б** | 43 | **Б** |
| 44 | **Б** | 44 | **А** |
| 45 | **Б** | 45 | **Б** |
| 46 | **А** | 46 | **Б** |
| 47 | **Б** | 47 | **А** |
| 48 | **А** | 48 | **Б** |
| 49 | **Б** | 49 | **Б** |
| 50 | **Б** | 50 | **А** |

**Список тем рефератов:**

1. Гемолитическая анемия
2. Гемофилия
3. Тромбоцитопеническая пурпура
4. Геморрагический шок.

**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=Ртс+Рэ, где

Рд - дисциплинарные рейтинг;

Ртс - текущий стандартизированный рейтинг;

Рэ – экзаменационный (зачетный) рейтинг

25-30 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 %).

20-24 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 %).

15 -19 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 %).

0-14 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. Общее представление о лабораторных методах исследования, их значение в клинике внутренних болезней.
5. Эндоскопические методы исследования. Общее представление о диагностическом значении гистологического и цитологического исследования, биопсии органов. Показания и противопоказания к эндоскопическим методам исследования.
6. Ультразвуковые методы исследования в клинике внутренних болезней. Их значение для диагностики.
7. Радиоизотопные методы исследования, принципы. Сканирование различных органов, диагностическое значение. Показания и противопоказания к радиоизотопным методам исследования.
8. Методы функциональной диагностики. Методы регистрации биопотенциалов, возникших в процессе функциональной активности органов (ЭКГ, ЭЭГ и другие).
9. 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.
10. Осмотр при заболеваниях системы кровообращения. Положение больного. Изменения кожи. Отеки. Отрицательный и положительный венный пульс. Осмотр области сердца.
11. Пальпация при заболеваниях системы органов кровообращения. Пальпация верхушечного и сердечного толчков. Определение систолического и диастолического дрожания («кошачье мурлыканье») в области сердца. Пальпация периферических артерий и характеристика пульса.
12. Артериальный пульс: исследование его на лучевых артериях, сравнение пульса на обеих руках. Частота, ритм (наличие аритмии и дефицита пульса), наполнение, напряжение, величина, скорость, форма пульса.
13. Перкуссия при заболеваниях системы органов кровообращения. Методика определения границ относительной и абсолютной тупости сердца, сосудистого пучка. Определение конфигурации относительной тупости сердца. Диагностическое значение изменений границ относительной и абсолютной тупости сердца.
14. Методика аускультации сердца. Места выслушивания сердца. Отличия систолы от диастолы желудочков при аускультации. Понятие о тонах сердца. Механизм их возникновения. Основные тоны (1 и 2 тоны) и дополнительные (3 и 4, тон открытия митрального клапана).
15. Основные свойства тонов при аускультации сердца. Изменение тонов в патологии: ослабление, усиление, раздвоение, появление добавочных тонов.
16. Шумы сердца. Механизм возникновения. Классификация. Отличие органических шумов от функциональных. Отношение шумов к фазам сердечной деятельности.
17. Систолические шумы, механизм их возникновения, отличие функциональных шумов от органических, характер, тембр, продолжительность, места наилучшего выслушивания и иррадиации при приобретенных пороках.
18. Диастолические шумы, механизм возникновения, отличие функциональных от органических, характер, тембр, продолжительность, места наилучшего выслушивания и иррадиации при приобретенных пороках сердца.
19. Определение артериального давления по методу Короткова. Методика и техника. Систолическое, диастолическое, среднее АД. Пульсовое АД. Понятие об артериальной гипертензии и гипотензии.
20. Острая левожелудочковая сердечная недостаточность. Сердечная астма (этиология, патогенез, симптоматология, неотложная помощь).
21. Отличия сердечной астмы от бронхиальной.
22. Хроническая сердечная недостаточность (этиология, патогенез, основные клинические проявления). Стадии хронической сердечной недостаточности.
23. Острая правожелудочковая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, основные клинические проявления.
24. Синдром артериальной гипертензии ( понятие, этиология, клинические признаки). Неотложная помощь при гипертоническом кризе.
25. Понятие об артериальной гипотонии. Этиология. Клинические признаки.
26. Синдром острой сосудистой недостаточности (коллапс, обморок, шок). Неотложная помощь.
27. Синдром коронарной недостаточности (этиология, клиника). Стенокардия. Неотложная помощь при ангинозном статусе.
28. Синдром коронарной недостаточности. Острый инфаркт миокарда (основные понятия о клинике, диагностике). Неотложная помощь при ангинозном статусе.
29. Недостаточность митрального клапана (этиология, нарушения гемодинамики, физикальные данные).
30. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия (этиология, нарушения гемодинамики, физикальные данные).
31. Стеноз устья аорты (этиология, нарушение гемодинамики, физикальные данные).
32. Недостаточность клапана аорты (этиология, нарушение гемодинамики, физикальные данные).
33. Расспрос при болезнях органов дыхания. Основные жалобы и их патогенез. Значение анамнеза для диагностики и прогноза бронхолегочных заболеваний.
34. Осмотр при болезнях органов дыхания. Изменения положения, характер цианоза, патологическая деформация грудной клетки. Характер одышки в зависимости от патологии органов дыхания.
35. Методика пальпации грудной клетки. Определение болезненности, резистентности. Исследование голосового дрожания на симметричных участках. Диагностическое значение.
36. Классификация перкуторных звуков. Диагностическое значение перкуссии грудной клетки. Сравнительная и топографическая перкуссия грудной клетки.
37. Везикулярное дыхание, механизм образования, характер в норме и патологии.
38. Бронхиальное дыхание, механизм образования, места выслушивания. Патологическое бронхиальное дыхание.
39. Хрипы сухие и влажные, классификация, диагностическое значение.
40. Крепитация (физиологическая и патологическая). Шум трения плевры. Механизм образования. Места выслушивания, диагностическое значение. Отличие от хрипов при аускультации.
41. Синдром нарушения бронхиальной проходимости.
42. Синдром инфильтрации легочной ткани. Физикальные отличия долевого воспаления легких от очагового.
43. Синдром воздушной полости в легком.
44. Синдром повышенной воздушности легочной ткани. Эмфизема легких.
45. Синдром ателектаза (обтурационного и компрессионного).
46. Синдром скопления жидкости в плевральной полости (гидроторакс, экссудативный плеврит). Дифференциальная диагностика.
47. Синдром скопления воздуха в плевральной полости (пневмоторакс).
48. Легочная недостаточность, степени, виды вентиляционных нарушений – рестрикция, обструкция, альвеолярно-капиллярный блок). Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности на догоспитальном и госпитальном этапах
49. Отличие сердечной астмы от бронхиальной. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
50. Особенности осмотра почечного больного.
51. Методы исследования функционального состояния почек. Пробы на разведение, концентрацию, по Зимницкому.
52. Этиология, патогенез, особенности отеков при заболеваниях почек. Отличие почечных отеков от отеков у кардиальных больных.
53. Нарушение диуреза (дизурия, олигурия, никтурия, поллакиурия, анурия). Этиология, клиническое значение.
54. Мочевой синдром. Патологические составные части мочи, механизм образования.
55. Нефротический синдром. Этиология, патогенез, клиника.
56. Синдром острой почечной недостаточности, этиология, патогенез, стадии, симптоматология. Определение мочевины, креатинина, остаточного азота в сыворотке крови. Диагностическое значение. Уремическая кома.
57. Хроническая почечная недостаточность, этиология, патогенез, стадии, симптоматология. Определение мочевины, креатинина, остаточного азота в сыворотке крови. Диагностическое значение.
58. Синдром почечной колики. Этиология, патогенез, клиника. Макро- и микрогематурия.
59. Синдром почечной артериальной гипертензии. Этиология, патогенез, клиника.
60. Расспрос, осмотр при болезнях органов пищеварения. Перкуссия живота. Методика определения асцита в вертикальном и горизонтальном положении больного.
61. Методика поверхностной ориентировочной пальпации живота. Глубокая методическая скользящая пальпация живота по методу В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско.
62. Желудочное зондирование. Методика фракционного желудочного зондирования. Понятие о базальной и стимулируемой секреции желудка (пробные завтраки и гистаминовый раздражитель), понятие о рН-метрическом исследовании желудка.
63. Синдром желудочной диспепсии.
64. Синдром кишечной диспепсии.
65. Синдром «острого живота».
66. Синдромы пищеводного, желудочного, кишечного кровотечения. Использование инструментальных и лабораторных методов исследования для определения кровотечения. Неотложная помощь.
67. Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
68. Паренхиматозные желтухи. Этиология, нарушение пигментного обмена, клиника.
69. Механическая желтуха. Этиология, патогенез, нарушение пигментного обмена, клиника.
70. Гемолитическая желтуха. Этиология, патогенез, нарушение пигментного обмена, клиника.
71. Гепатолиенальный синдром. Этиология, патогенез, клиника.
72. Синдром портальной гипертензии. Этиология, патогенез, клиника. Методика определения асцита в вертикальном и горизонтальном положении больного.
73. Синдром печеночной недостаточности (печеночная кома). Этиология. Симптоматология.
74. Дифференциальная диагностика гипо- и гипергликемической комы.
75. Гипогликемическая кома (этиология, основные признаки, неотложная помощь).
76. Диабетическая кома (гипергликемическая, кетоацидотическая этиология, основные признаки, неотложная помощь).
77. Синдром повышенной функции щитовидной железы (тиреотоксикоз). Тиреотоксический криз.
78. Синдром анемии. Железодефицитные и В12 – дефицитные анемии.
79. Геморрагический синдром. Основные признаки. Методы выявления.
80. Ангионевротический отек, крапивница.
81. Анафилактический шок, этиология, патогенез, неотложная помощь.

**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.

**Пакет тестовых заданий для** **проведения промежуточной аттестации**

Выберете правильный вариант ответа

1 «Митральная бабочка» характерна для:

а) стеноза устья аорты

б) митрального стеноза

в) аортальной недостаточности

г) аортального стеноза

2 Голосовое дрожание в норме несколько усилено

а) у астеников

б) у гиперстеников

в) у мужчин

г) у женщин

3 Что относится к физикальным методам исследования?

а) расспрос

б) осмотр

в) рентген

г) УЗИ

4 «Хлопающий» первый тон слышен при

а) митральном стенозе

б) недостаточности митрального клапана

в) аортальном стенозе

г) недостаточности клапана аорты

5 При аортальном стенозе пульс

а) большой, быстрый

б) малый, медленный

в) учащен, аритмичен

г) учащен, ритмичный

6 Сердечная астма, это-

а) острая правожелудочковая недостаточность

б) острая левожелудочковая недостаточность

в) дилятация левого предсердия

г) остановка сердечной деятельности

7 «Ранние» боли в животе типичны для:

а) гастрита

б) язвы 12-перстной кишки

в) панкреатита

г) стенокардии

8 Пенистая, розовая мокрота наблюдается у больных

а) с отеком легких

б) с острым бронхитом

в) с бронхиальной астмой

г) с раком легкого

9 «Дефицит пульса» типичен для:

а) мерцательной аритмии

б) синусовой тахикардии

в) синусовой аритмии

г) трепетании желудочков

10 Жалобы на «голодные» ночные боли могут быть при

а) хроническом гастрите

б) язвенной болезни 12-перстной кишки

в) раке желудка

г) эзофагите

11 «Бочкообразная» грудная клетка характерна для:

а) пневмонии

б) отека легких

в) пневмоторакса

г) эмфиземы легких

12 В стадию декомпенсации пороков сердца развивается

а) миогенная дилатация

б) тоногенная дилатация

в) гипертрофия

г) кардиомиопатия

13 «Амфорическое» дыхание над легкими выслушивается при наличии

а) полости в легком

б) жидкости в плевральной полости

в) воздуха в плевральной полости

г) эмфиземе легких

14 Гипертермия отмечается при

а) тиреотоксикозе

б) гипотиреозе

в) сахарном диабете

г) несахарном диабете

15 Положение «ортопноэ» характерно для:

а) сердечного больного

б) больного с язвенной болезнью желудка

в) больного почечными заболеваниями

г) больного с печеночной коликой

16 Ослабление 2 тона на аорте характерно для:

а) недостаточности клапанов аорты

б) недостаточности митрального клапана

в) артериальной гипертонии

г) отека легких

17 Кашель с ржавой мокротой характерен для:

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) острого бронхита

г) ХОБЛ

18 «Вирховская» железа пальпируется при

а) циррозе печени

б) раке желудка

в) гастрите

г) панкреатите

19 Черный стул ("мелена") отмечается при

а) желудочном кровотечении

б) стенозе привратника

в) язве желудка

г) панкреатите

20 «Кинжальная» боль в животе обусловлена

а) прободной язвой желудка

б) обострением хронического гастрита

в) обострением хронического панкреатита

г) обострением ЖКБ

21 Крепитация возникает

а) на вдохе при разлипании альвеол

б) при прохождении воздуха по бронхам

в) при наклоне туловища вперед

г) при смене положения тела

22 Положительный венный пульс бывает при

а) недостаточности трехстворчатого клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) артериальной гипертонии

г) инфаркте миокарда

23 Систематические запоры характерны для:

а) гастрита с пониженной секрецией

б) язвы 12-перстной кишки

в) эзофагите

г) панкреатите

24 Сосудистые «звездочки» бывают при

а) холецистите

б) циррозе печени

в) гемофилии

г) МКБ

25 Зубы «Гетчинсона» характерны для:

а) врожденного сифилиса

б) анемии

в) гастрите

г) панкреатите

26 Экзофтальм («пучеглазие») характерен для:

а) тиреотоксикоза

б) гипотиреоза

в) сахарного диабета

г) синдрома Иценко-Кушинга

27 «Львиное» лицо отмечается при

а) проказе

б) патологии щитовидной железы

в) отеке легкого

г) аллергии

28 Увеличение печени характерно для:

а) левожелудочковой недостаточности

б) правожелудочковой недостаточности

в) почечной недостаточности

г) острой кровопотери

29 Сколько аускультативных точек сердца вы знаете?

а) 4

б) 5

в) 6

г) 3

30 Смещение верхушечного толчка влево наблюдается при

а) гипертрофии левого желудочка

б) гипертрофии правого желудочка

в) гипертрофии левого предсердия

г) гипертрофии правого предсердия

31 При анемии над сердцем выслушивается

а) органический шум

б) функциональный шум

в) диастоличесий шум

г) шум Флинта

32 Сглаженность «талии» сердца бывает при

а) митральном стенозе

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) аортальной недостаточности

33 Асимметричность грудной клетки бывает при

а) эмфиземе легких

б) экссудативном плеврите

в) отеке легких

г) бронхиальной астме

34 Третий размер печени по Курлову равен

а) 7-8 см

б) 10-11 см

в) 9-8 см

г) 5-6 см

35 Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» бывает при

а) хронических нагноительных заболеваниях легких

б) остром бронхите

в) бронхиальной астме

г) пневмонии

36 Если у больного кардиосклероз, тоны на верхушке сердца

а) приглушены

б) усилены

в) аритмичны

г) не выслушиваются

37 Моча «темного» цвета отмечается при

а) гемолитической желтухе

б) механической желтухе

в) анемии

г) циррозе печени

38 «Голова медузы» как симптом характерен для:

а) цирроза печени

б) желчно-каменной болезни

в) гастрита

г) панкреатита

39 Симптом «систолического» дрожания характерен для:

а) стеноза устья аорты

б) митрального стеноза

в) аортальной недостаточности

г) митральной недостаточности

40 Отечность лица характерна для:

а) почечных больных

б) сердечных больных

в) легочных больных

г) печеночных больных

41 Гематурия характерна для:

а) гломерулонефрита

б) пиелонефрита

в) панкреатита

г) гемолитической желтухи

42 Ригидность грудной клетки повышена при

а) эмфиземе легких

б) пневмонии

в) бронхите

г) бронхоэктатической болезни легких

43 Пульс слабого наполнения характерен для:

а) артериальной гипертонии

б) инфаркта миокарда

в) пневмонии

г) гастрита

44 Частота дыхания в норме

а) 30-40 дыханий в 1 мин

б) 12-20 дыханий в 1 мин

в) 5-6 дыханий в минуту

г) 9-10 дыханий в минуту

45 «Пляска каротид» бывает при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) митральной недостаточности

г) митральном стенозе

46 Аппетит бывает понижен при

а) раке желудка

б) язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

в) колите

г) панкреатите

47 «Капилярный» пульс отмечается при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) митральном стенозе

г) недостаточности митрального клапана

48 Редкий пульс обусловлен

а) преобладанием вагуса

б) преобладанием симпатической нервной системы

в) патологией почек

г) полом

49 Симптом «Мюссе» отмечается при

а) недостаточности митрального клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) митральном стенозе

г) аортальном стенозе

50 Патологическое шумное дыхание называется

а) дыханием Биота

б) дыханием Куссмауля

в) везикулярное дыхание

г) бронхиальное дыхание

51. При аортальном стенозе пульс

а) большой, быстрый

б) малый, медленный

в) учащен

г) ассиметричен

52. Методом пальпации определяется

а) голосовое дрожание

б) бронхофония

в) везикулярное дыхание

г) тупой звук

1. Основные физические характеристики громкого перкуторного звука

а) короткий, высокочастотный

б) продолжительный, низкочастотный

в) тихий, короткий

г) тихий продолжительный

1. Первый размер печени по Курлову (перкуторно) равен

а) 14-15 см

б) 9-10 см

в) 8-9 см

г) 12-13 см

1. Эпигастральный угол более 90° при

а) астенической грудной клетке

б) гиперстенической грудной клетке

в) нормостенической

г) деформированной грудной клетке

1. Границы абсолютной сердечной тупости определяются

а) при помощи громкой перкуссии

б) при помощи тишайшей перкуссии

в) при сравнительной

г) при топографической

1. Сердечный толчок определяется

а) при гипертрофии левого желудочка

б) при гипертрофии правого желудочка

в) при гипертрофии левого предсердия

г) при гипертрофии правого предсердия

1. При каком пороке сердца слышен «ритм перепела»?

а) митральная недостаточность

б) стеноз митрального отверстия

в) аортальный стеноз

г) недостаточности аортального клапана

1. Деформированная в двух плоскостях грудная клетка называется

а) кифосколиотическая

б) эмфизематозная

в) гиперстеническая

г) гипостеническая

1. Сердечная астма - это

а) острая правожелудочковая недостаточность

б) острая левожелудочковая недостаточность

в) хроническая левожелудочковая недостаточность

г) хроническая правожелудочковая недостаточность

1. Нарушение акта глотания называется

а) дисфагия

б) полифагия

в) диспепсия

г) эйфория

1. Для сердечных больных характерен

а) акроцианоз

б) диффузный цианоз

в) гиперпигментация

г) депигментация

1. О чем свидетельствует «ритм галопа»?

а) тяжелое поражение миокарда

б) пролапс митрального клапана

в) митральной недостаточности

г) аортальном стенозе

1. Кашель с «ржавой» мокротой характерен для

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) ХОБЛ

г) бронхиальной астмы

1. Поперечник сердца перкуторно равен в норме

а) 11 -13 см

б) 15-16 см

в) 9-10 см

г) 5-6 см

1. Гематурия характерна для:

а) гломерулонефрита

б) пиелонефрита

в) печеночной недостаточности

г) отека легких

1. Пальпация печени осуществляется методом

а) поверхностной (ориентировочной) пальпации

б) глубокой пальпации

в) по Курлову

г) точечной пальпации

1. Эпигастральная пульсация наблюдается при

а) аневризме брюшного отдела аорты

б) аневризме сердца

в) гипертрофии левого желудочка

г) гипертрофии правого предсердия

1. Нарушение акта глотания называется

а) анорексия

б) дисфагия

в) диспепсия

г) эйфория

1. В какой стадии крупозной пневмонии получаем при перкуссии тупой

звук

а) стадия уплотнения

б) стадия разрешения

в) стадия прилива

г) начальную стадию

1. Тупой (тихий) звук получаем при перкуссии

а) легких

б) печени

в) живота

г) желудка

1. Голосовое дрожание усиливается

а) при эмфиземе легких

б) во вторую стадию крупозной пневмонии

в) при бронхиальной астме

г) ХОБЛ

1. Сколько аускультативных точек сердца знаете?

а) 4

б) 5

в) 3

г) 6

1. Если у больного кардиосклероз, тоны на верхушке сердца

а) приглушены

б) усилены

в) аритмичны

г) не выслушиваются

1. Голосовое дрожание в патологии ослабевает при

а) компрессионном ателектазе

б) обтурационном ателектазе

в) пневмонии

г) отеке легкого

1. Кашель с «ржавой» мокротой бывает при

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) ХОБЛ

г) бронхиальной астме

1. Диастолический шум выслушивается при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) артериальной гипертонии

г) отеке легкого

1. Кто впервые предложил метод перкуссии

а) Ауэнбруггер

б) Курлов

в) Боткин

г) Мудров

1. «Хлопающий» первый тон слышен при

а) митральном стенозе

б) недостаточности митрального клапана

в) аортальном стенозе

г) недостаточности аортального клапана

1. Гиперемия лица отмечается при

а) анемии

б) эритремии

в) гастрите

г) панкреатите

1. Диастолический шум хорошо выслушивается при недостаточности

аортального клапана

а) во 2-м межреберье справа

б) во 2-м межреберье слева

в) в 5-м межреберье слева

г) у основания мечевидного отростка

1. «Пушечный» тон Стражеско слышен при

а) митральном стенозе

б) артериальной гипертонии

в) полной АВ-блокаде

г) фибрилляции предсердий

1. Частота дыхания в норме

а) 30-40 в мин

б) 12-20 в мин

в) 25-30 в мин

г) 10-15 в мин

1. Сухие хрипы выслушиваются при

а) альвеолярном отеке легких

б) бронхиальной астме

в) артериальной гипертонии

г) фибрилляции предсердий

1. Третий размер печени по Курлову равен

а) 7-8 см

б) 10-11 см

в) 5-6 см

г) 9-8 см

1. «Коробочный» звук получаем при перкуссии

а) здоровых легких

б) легких с повышенной воздушностью (эмфизема)

в) легких при пневмонии

г) легких при абсцессе

1. Высота стояния верхушек легких спереди

а) 6-7 см

б) 3-5 см

в) 5-8 см

г) 7-9 см

1. Где проходит правая граница относительной сердечной тупости в 4

межреберье

а) по правому краю грудины

б) на 1,0-1,5 см кнаружи от правого края грудины

в) на 2,5 см кнаружи от правого края грудины

г) на 0,5 – 1,0 см кнаружи от правого края грудины

1. Кто впервые предложил метод аускультации?

а) Захарьин

б) Лаэннек

в) Боткин

г) Мудров

1. Сосудистые «звездочки» наблюдаются при

а) холецистите

б) циррозе печени

в) гастрите

г) колите

1. Нижние границы легких определяются методом

а) топографической перкуссии

б) сравнительной перкуссии

в) пальпации

г) аускультации

1. У больного с сердечной декомпенсацией наблюдается

а) сардонический смех

б) «Кушингоидное» лицо

в) Facies mitrale

г) лицо «Корвизара»

1. Напряженный пульс наблюдается при

а) артериальной гипотонии

б) артериальной гипертонии

в) фибрилляцией предсердий

г) синусовой аритмии

1. Сглаженность «талии» сердца бывает при

а) митральном стенозей

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) аортальной недостаточности.

1. Отрыжка с запахом «тухлых яиц» характерна для

а) холецистита

б) стеноза привратника

в) язвы желудка

г) панкреатита

1. Какие шумы возникают в сердце при развитии анатомических

изменений

а) функциональные

б) органические

в) систолические

г) диастолические

1. «Гунтеровский» (хантеровский) глоссит отмечается при

а) В-12 дефицитной анемии

б) железодефицитной анемии

в) гастрите

г) панкреатите

1. Перкуторная граница селезенки в норме

а) 10-14 см

б) 4-6 см

в) 5-7 см

г) 4-5 см

1. Асимметричность грудной клетки наблюдается при

а) эмфиземе легких

б) экссудативном плеврите

в) пневмонии

г) ХОБЛ

1. Рвота цвета «кофейной гущи» типична для

а) желудочного кровотечения

б) хронического гастрита

в) панкреатита

г) кишечного кровотечения

1. Голосовое дрожание в патологии ослабевает при

а) компрессионном ателектазе

б) обтурационном ателектазе

в) пневмонии

г) отеке легкого

1. Кашель с «ржавой» мокротой бывает при

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) ХОБЛ

г) бронхиальной астме

1. Диастолический шум выслушивается при

а) стенозе устья аорты

б) недостаточности аортального клапана

в) артериальной гипертонии

г) отеке легкого

1. Кто впервые предложил метод перкуссии

а) Ауэнбруггер

б) Курлов

в) Боткин

г) Мудров

1. «Хлопающий» первый тон слышен при

а) митральном стенозе

б) недостаточности митрального клапана

в) аортальном стенозе

г) недостаточности аортального клапана

1. Гиперемия лица отмечается при

а) анемии

б) эритремии

в) гастрите

г) панкреатите

1. Диастолический шум хорошо выслушивается при недостаточности

аортального клапана

а) во 2-м межреберье справа

б) во 2-м межреберье слева

в) в 5-м межреберье слева

г) у основания мечевидного отростка

1. «Пушечный» тон Стражеско слышен при

а) митральном стенозе

б) полной АВ-блокаде

в) артериальной гипертонии

г) фибрилляции предсердий

1. Частота дыхания в норме

а) 30-40 в мин

б) 12-20 в мин

в) 25-30 в мин

г) 10-15 в мин

1. Сухие хрипы выслушиваются при

а) альвеолярном отеке легких

б) бронхиальной астме

в) артериальной гипертонии

г) фибрилляции предсердий

1. Третий размер печени по Курлову равен

а) 7-8 см

б) 10-11 см

в) 5-6 см

г) 9-8 см

1. «Коробочный» звук получаем при перкуссии

а) здоровых легких

б) легких с повышенной воздушностью (эмфизема)

в) легких при пневмонии

г) легких при абсцессе

1. Высота стояния верхушек легких спереди

а) 6-7 см

б) 3-5 см

в) 5-8 см

г) 7-9 см

1. Где проходит правая граница относительной сердечной тупости в 4

межреберье

а) по правому краю грудины

б) на 1,0-1,5 см кнаружи от правого края грудины

в) на 2,5 см кнаружи от правого края грудины

г) на 0,5 – 1,0 см кнаружи от правого края грудины

1. Кто впервые предложил метод аускультации?

а) Захарьин

б) Лаэннек

в) Боткин

г) Мудров

1. Сосудистые «звездочки» наблюдаются при

а) холецистите

б) циррозе печени

в) гастрите

г) колите

1. Нижние границы легких определяются методом

а) топографической перкуссии

б) сравнительной перкуссии

в) пальпации

г) аускультации

1. У больного с сердечной декомпенсацией наблюдается

а) лицо «Корвизара»

б) «Кушингоидное» лицо

в) Facies mitrale

г) сардонический смех

1. Напряженный пульс наблюдается при

а) артериальной гипотонии

б) артериальной гипертонии

в) фибрилляцией предсердий

г) синусовой аритмии

1. Сглаженность «талии» сердца бывает при

а) митральном стенозей

б) аортальном стенозе

в) митральной недостаточности

г) аортальной недостаточности.

1. Отрыжка с запахом «тухлых яиц» характерна для

а) холецистита

б) стеноза привратника

в) язвы желудка

г) панкреатита

1. Какие шумы возникают в сердце при развитии анатомических

изменений

а) функциональные

б) органические

в) систолические

г) диастолические

1. «Гунтеровский» (хантеровский) глоссит отмечается при

а) В-12 дефицитной анемии

б) железодефицитной анемии

в) гастрите

г) панкреатите

1. Перкуторная граница селезенки в норме

а) 10-14 см

б) 4-6 см

в) 5-7 см

г) 4-5 см

1. Асимметричность грудной клетки наблюдается при

а) эмфиземе легких

б) экссудативном плеврите

в) пневмонии

г) ХОБЛ

1. Рвота цвета «кофейной гущи» типична для

а) желудочного кровотечения

б) хронического гастрита

в) панкреатита

г) кишечного кровотечения

127. «Митральная бабочка» характерна для:

а) стеноза устья аорты

б) митрального стеноза

в) аортальной недостаточности

г) аортального стеноза

128. Голосовое дрожание в норме несколько усилено

а) у астеников

б) у гиперстеников

в) у мужчин

г) у женщин

129. Что относится к физикальным методам исследования?

а) расспрос

б) осмотр

в) рентген

г) УЗИ

130. «Хлопающий» первый тон слышен при

а) митральном стенозе

б) недостаточности митрального клапана

в) аортальном стенозе

г) недостаточности клапана аорты

131. При аортальном стенозе пульс

а) большой, быстрый

б) малый, медленный

в) учащен, аритмичен

г) учащен, ритмичный

132. Сердечная астма, это-

а) острая правожелудочковая недостаточность

б) острая левожелудочковая недостаточность

в) дилятация левого предсердия

г) остановка сердечной деятельности

133. «Ранние» боли в животе типичны для:

а) гастрита

б) язвы 12-перстной кишки

в) панкреатита

г) стенокардии

134. Пенистая, розовая мокрота наблюдается у больных

а) с отеком легких

б) с острым бронхитом

в) с бронхиальной астмой

г) с раком легкого

135. «Дефицит пульса» типичен для:

а) мерцательной аритмии

б) синусовой тахикардии

в) синусовой аритмии

г) трепетании желудочков

136. Жалобы на «голодные» ночные боли могут быть при

а) хроническом гастрите

б) язвенной болезни 12-перстной кишки

в) раке желудка

г) эзофагите

137. «Бочкообразная» грудная клетка характерна для:

а) пневмонии

б) эмфиземы легких

в) пневмоторакса

г) отека легких

138. В стадию декомпенсации пороков сердца развивается

а) миогенная дилатация

б) тоногенная дилатация

в) гипертрофия

г) кардиомиопатия

139. «Амфорическое» дыхание над легкими выслушивается при наличии

а) полости в легком

б) жидкости в плевральной полости

в) воздуха в плевральной полости

г) эмфиземе легких

140. Гипертермия отмечается при

а) тиреотоксикозе

б) гипотиреозе

в) сахарном диабете

г) несахарном диабете

141. Положение «ортопноэ» характерно для:

а) сердечного больного

б) больного с язвенной болезнью желудка

в) больного почечными заболеваниями

г) больного с печеночной коликой

142. Ослабление 2 тона на аорте характерно для:

а) недостаточности клапанов аорты

б) недостаточности митрального клапана

в) артериальной гипертонии

г) отека легких

143. Кашель с ржавой мокротой характерен для:

а) очаговой пневмонии

б) крупозной пневмонии

в) острого бронхита

г) ХОБЛ

144. «Вирховская» железа пальпируется при

а) циррозе печени

б) раке желудка

в) гастрите

г) панкреатите

145. Черный стул ("мелена") отмечается при

а) желудочном кровотечении

б) стенозе привратника

в) язве желудка

г) панкреатите

146. «Кинжальная» боль в животе обусловлена

а) прободной язвой желудка

б) обострением хронического гастрита

в) обострением хронического панкреатита

г) обострением ЖКБ

147. Крепитация возникает

а) на вдохе при разлипании альвеол

б) при наклоне туловища вперед

в) при прохождении воздуха по бронхам

г) при смене положения тела

148. Положительный венный пульс бывает при

а) недостаточности трехстворчатого клапана

б) недостаточности аортального клапана

в) артериальной гипертонии

г) инфаркте миокарда

149. Систематические запоры характерны для:

а) гастрита с пониженной секрецией

б) язвы 12-перстной кишки

в) эзофагите

г) панкреатите

150. Сосудистые «звездочки» бывают при

а) МКБ

б) циррозе печени

в) гемофилии

г) холецистите

**Эталоны ответов тестам**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № ответа | **1 вариант** | № ответа | **2 вариант** | № ответа | **3 вариант** |
| 1 | **Б** | 51 | **Б** | 101 | **Б** |
| 2 | **А** | 52 | **А** | 102 | **А** |
| 3 | **Б** | 53 | **Б** | 103 | **Б** |
| 4 | **А** | 54 | **Б** | 104 | **А** |
| 5 | **Б** | 55 | **Б** | 105 | **Б** |
| 6 | **Б** | 56 | **Б** | 106 | **Б** |
| 7 | **А** | 57 | **Б** | 107 | **А** |
| 8 | **А** | 58 | **Б** | 108 | **А** |
| 9 | **А** | 59 | **А** | 109 | **А** |
| 10 | **Б** | 60 | **Б** | 110 | **Б** |
| 11 | **Г** | 61 | **А** | 111 | **Б** |
| 12 | **А** | 62 | **А** | 112 | **А** |
| 13 | **А** | 63 | **А** | 113 | **А** |
| 14 | **А** | 64 | **Б** | 114 | **А** |
| 15 | **А** | 65 | **А** | 115 | **А** |
| 16 | **А** | 66 | **А** | 116 | **А** |
| 17 | **Б** | 67 | **Б** | 117 | **Б** |
| 18 | **Б** | 68 | **А** | 118 | **Б** |
| 19 | **А** | 69 | **Б** | 119 | **А** |
| 20 | **А** | 70 | **А** | 120 | **А** |
| 21 | **А** | 71 | **Б** | 121 | **А** |
| 22 | **А** | 72 | **Б** | 122 | **А** |
| 23 | **Б** | 73 | **Б** | 123 | **Б** |
| 24 | **Б** | 74 | **А** | 124 | **Б** |
| 25 | **А** | 75 | **Б** | 125 | **Б** |
| 26 | **А** | 76 | **Б** | 126 | **Б** |
| 27 | **А** | 77 | **Б** | 127 | **А** |
| 28 | **Б** | 78 | **А** | 128 | **А** |
| 29 | **Б** | 79 | **А** | 129 | **Б** |
| 30 | **А** | 80 | **Б** | 130 | **А** |
| 31 | **Б** | 81 | **А** | 131 | **Б** |
| 32 | **А** | 82 | **В** | 132 | **Б** |
| 33 | **Б** | 83 | **Б** | 133 | **Б** |
| 34 | **А** | 84 | **Б** | 134 | **А** |
| 35 | **А** | 85 | **А** | 135 | **Б** |
| 36 | **А** | 86 | **Б** | 136 | **Б** |
| 37 | **Б** | 87 | **Б** | 137 | **Б** |
| 38 | **А** | 88 | **Б** | 138 | **Б** |
| 39 | **А** | 89 | **Б** | 139 | **Б** |
| 40 | **А** | 90 | **Б** | 140 | **А** |
| 41 | **А** | 91 | **А** | 141 | **А** |
| 42 | **А** | 92 | **Г** | 142 | **Б** |
| 43 | **Б** | 93 | **Б** | 143 | **А** |
| 44 | **Б** | 94 | **А** | 144 | **Б** |
| 45 | **Б** | 95 | **Б** | 145 | **Б** |
| 46 | **А** | 96 | **Б** | 146 | **А** |
| 47 | **Б** | 97 | **А** | 147 | **В** |
| 48 | **А** | 98 | **Б** | 148 | **Б** |
| 49 | **Б** | 99 | **Б** | 149 | **А** |
| 50 | **Б** | 100 | **А** | 150 | **Г** |

**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, ОПК - 9) 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, ОПК - 9) 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, ОПК - 9) 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 | 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 (< 70%) на поставленные вопросы, отражающие освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1,ОПК - 9) | 4 | Самостоятельно изложил все вопросы билета в пределах информации основной литературы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ОПК - 9) 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, ОПК - 9) |
| 5 | Недостаточно полное изложение всех вопросов билета, потребовавшее дополнительные наводящие вопросы, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ОПК - 9) | 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, ОПК - 9) |
| 6 | Незнание одного из двух вопросов, при правильном изложении другого, отражающее освоение уровня знаний, умений, требуемого для формирования компетенций (ОПК – 1, ОПК - 9) |
| 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) 32.05.01 Медико-профилактическое

дело

дисциплина пропедевтика внутренних болезней

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10**

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №** 5

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Классификация перкуторных звуков. Диагностическое значение перкуссии грудной клетки. Сравнительная и топографическая перкуссия грудной клетки.
2. Механическая желтуха. Этиология, патогенез, нарушение пигментного обмена, клиника.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ситуационная задача № 31.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор / К.М. Иванов

Декан лечебного факультета д.м.н., доцент / Е.А. Михайлова

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикатор достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.1 Этичность в общении с коллегами, использование знаний истории медицины | Знатьпрофессиональные, моральныеобязанности 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, 9, 33, 60 |
|  | Уметьприменять 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 |
| 2 | ОПК-9  Способен прово-  дить донозологическую диагностику заболеваний  для  разработки профилактических мероприятий с  целью  повышения  уровня здоровья и и предотвращения заболеваний | Инд.ОПК.9.1 Оперирование современными методами и понятиями донозологической диагностики, методами медицинской генетики и персонифицированной медицины при решении поставленной профессиональной задачи. | Знать теоретические основы непосредственных методов исследования, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического профиля. Основные клинические синдромы при патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем. | 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. Проводить донозологическую диагностику при патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем. | 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.